Comisión Especial sobre adicciones, consecuencias e impacto en la sociedad uruguaya
S/C

Versión Taquigráfica N° 328 de 2010

FUNDACIÓN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS
ver exposición

PROGRAMA SER LIBRE
ver exposición

MADRES DE LA PLAZA
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 11 de noviembre de 2010

(Sin corregir)

PRESIDE: Señora Representante Daisy Tourné.

MIEMBROS: Señores Representantes Julio Bango, José Bayardi, Juan Carlos Ferrero, Pablo Iturralde Viñas, Luis Alberto Lacalle Pou, Gustavo Magallanes, Marta Marizcurrena, Ruben Núñez, Luis Puig, Daniel Radío y Jorge Zás Fernández.

DELEGADO DE SECTOR: Señor Representante Víctor Semproni.

INVITADOS: Por la Fundación Alcóholicos Anónimos, señores Juan Carlos Amaro y Miguel Ángel Cabrera.

Por la organización Ser Libre, Julio Ismael Piñero, doctor Guillermo Castro Quintela, Carlos Casalla Lepro, Rocío Fernández Dos Santos, María de los Ángeles Lorenzo, licenciada Raquel Martínez y psicólogo José Luis García Acuña.

Por la organización Madres de la Plaza, señoras Rocío Villamil, Cristina Freda y doctor Eduardo Sebastián Sarutte.

SEÑORA PRESIDENTA (Tourné).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Tenemos el placer de recibir a los señores Juan Carlos Amaro y Miguel Ángel Cabrera en representación de la Fundación "Alcohólicos Anónimos".

SEÑOR AMARO.- Agradecemos la invitación en nombre de nuestra comunidad. El señor Cabrera es el encargado de la CCP, Colaboración con la Comunidad Profesional del Uruguay.

Quiero decirles que los dos somos alcohólicos y, como ya lo aclaramos, no pueden tomarnos fotografías ni pueden salir imágenes nuestras en televisión. Salvada esta situación, podemos decirles que nuestra comunidad surgió en 1935; el 10 de junio se cumplieron setenta y cinco años del surgimiento de la grandiosa comunidad de "Alcohólicos Anónimos" en el mundo.

Quisiera que se presentara mi compañero y que les leyera un introito en el que se señala aquello que nos define y aquello en lo que no nos metemos.

SEÑOR CABRERA.- Buenos días. Mi nombre es Miguel Ángel Cabrera y soy alcohólico.

Pertenecemos a la Comunidad "Alcohólicos Anónimos" del Uruguay. Antes que nada queremos agradecer la amable invitación de esta Comisión Especial.

Para empezar daré cuenta del introito que leemos al comenzar cada reunión de los grupos. Dice lo siguiente: "Alcohólicos Anónimos (A.A.) es una comunidad de hombre y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida.- Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A., no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad".

Esto es lo que generalmente se lee al comenzar cada reunión grupal en todo el mundo.

Aclaro que las reuniones no son terapéuticas porque no somos terapeutas, médicos ni profesionales; simplemente, somos alcohólicos en recuperación.

Yo ya llevo muchos años en recuperación; hace diecisiete años que dejé de tomar y que vivo sin tomar una gota de alcohol. Eso es lo que me mantiene activo frente a la sociedad, a mi familia, a mi trabajo, a mis empleadores y ante ustedes. Con total franqueza digo que hoy soy un hombre totalmente libre de alcohol. Yo me siento libre de alcohol por más que se trata de un programa de veinticuatro horas y que periódicamente tenemos que asistir al grupo para hablar sobre lo que nos dio y lo que nos quitó el alcohol. También debemos ayudar con el mensaje de amor, fe y esperanza a aquel compañero o compañera que viene por primera vez al grupo y se presenta con una sintomatología alcohólica. Tenemos que explicarle que hay un lugar para poder detener su ingesta alcohólica si así lo quiere.

No hay inyectables ni nada por el estilo; nos vamos "curando" entre comillas en la medida en que hablamos de corazón de lo que sentimos y exponemos lo que nos pasó como consecuencia del alcoholismo. De esa manera nos vamos liberando de la ingesta de alcohol, nos vamos aliviando, pero tenemos que hablar sobre muchísimas cosas. Por respeto a ustedes hay muchas cosas de las que no podemos hablar, que tienen que ver con lo que nos pasó en nuestra vida anterior en el alcoholismo activo.

El programa de "Alcohólicos Anónimos" es espléndido y ayuda muchísimo a hombres y mujeres por igual, de cualquier edad y condición social. La idea es que se pueda decir que no a esa copa y no seguir sufriendo, no seguir atados a una botella, como estaba yo. Se puede lograr, pero depende de la conciencia de cada uno, de la obediencia, de decir que no a esa copa y de que se continúe con el programa de doce pasos, de doce tradiciones. Se busca el bienestar común, pero hay que admitir que se es alcohólico. Hoy no me da vergüenza; en mi trabajo muchos saben que yo estoy en la Comunidad "Alcohólicos Anónimos". Lo digo con mucho respeto y con mucho cariño, porque es lo que hasta el día de hoy me ha salvado la vida y me mantiene en vida, con una familia a mi lado, que tiene confianza en que esta persona ya no llega a su casa trastabillando, insultando ni faltando el respeto. Hoy tenemos una vida en paz.

Eso es lo fundamental de lo que transmitimos día a día, las veinticuatro horas en los grupos que tenemos diseminados por todo el país, por todas las regiones: este, oeste, norte y sur. A estos grupos llegan hombres y mujeres que quieren salir de sus problemas. ¿Cómo hacemos para lograrlo? ¿Cuál es la dinámica para poder

salir de esta enfermedad? Como dijo el compañero Amaro, es una enfermedad incurable; así lo determinó la Organización Mundial de la Salud en 1957. Es una enfermedad más, como el cáncer o las enfermedades del corazón.

Yo fui uno de los tocados y llegué a un grupo que estaba en Rivera y Comercio. Fue el 24 de diciembre de 1993. En aquel momento, mágicamente, hice un "click". Es un programa espiritual. En ese momento, presenté toda mi problemática con el alcoholismo; les dije todo lo que le había hecho pasar a mi familia. Ahí me dieron las pautas; me dijeron: "Hay que estar sin una gota de alcohol. Sentate, escuchá y hablá de todo lo que quieras hablar". Y hablé de muchas, muchísimas cosas; inclusive, lloré muchísimo, viendo todo lo que había pasado. También había mucha gente que me daba la bienvenida y hablaba de sus problemas con el alcohol.

Es un programa de integración, de aceptación y de identificación. Yo me identifiqué muchísimo con "Alcohólicos Anónimos" y al día de hoy sigo identificándome cada vez más y cada vez me gusta más esto de transmitir el mensaje de "Alcohólicos Anónimos" sin fronteras, en todo el mundo, en cualquier lugar y a cualquier persona: profesional, no profesional, amas de casa, etcétera. El mensaje debe llegar a todos los ámbitos, en todos los rincones del país y a todas las personas que tengan problemas de violencia doméstica y de cualquier otro tipo, que todos los días se manejan en la prensa. Por ejemplo, hace poco hubo un accidente de tránsito como consecuencia del alcohol. Eso es muy grave

Uno no puede decirle a la persona que no beba; solo puede trasmitirle que si tiene serios problemas con el alcohol puede recurrir a "Alcohólicos Anónimos", que es un ámbito en el que podemos recibirla.

Tenemos una página "web". La comunidad es mundialmente reconocida y hay grupos en cada zona, en cada barrio; precisamente, por acá cerca hay tres o cuatro grupos. Se trata de lugares en los que uno puede exponer su caso. Por ejemplo, hay una persona que chocó por tener alcoholemia aguda y en el accidente se mataron sus tres hijos y su esposa. Desde hace unos años está en la comunidad pero sigue con esa mochila pesada.

Es muy gratificante que nos puedan escuchar y pensamos dejarles mucho material.

SEÑOR AMARO.- Es importante aclarar que esto no es una enfermedad: si hubiese pastillas nadie se emborracharía.

Nuestra comunidad cumplió sus setenta y cinco años el 10 de junio de este año, lo que marca una fecha muy importante en el mundo. El hecho de que dos personas se hayan juntado hace setenta y cinco años y se haya desarrollado el programa a través del mundo indica que esto ha servido a cientos de miles de personas. He tenido la oportunidad de representar a Uruguay en otras partes del mundo por Alcohólicos Anónimos. Si tenemos en cuenta que hay algo más de doscientos países y que nuestra comunidad tiene representación en más de ciento ochenta países, se trata de un emprendimiento muy importante. Además, existen más de 109.000 grupos distribuidos en todo el mundo.

Nosotros contamos con un libro básico con el que se llevó el mensaje a todo el mundo, de color azul y con letras blancas. Este libro está traducido en cincuenta y nueve idiomas y hace poco se tradujo al Zulú.

Contamos con un programa básico de recuperación que consta de doce pasos. De esa manera, permitimos que el alcohólico pueda reinsertarse en la sociedad como un civil más. Estos doce pasos son vitales para el crecimiento espiritual del individuo. No se trata de un programa religioso sino espiritual.

En Uruguay hay 238 grupos y 100 se encuentran en Montevideo. Estos grupos son casi todos cerrados y solo pueden participar alcohólicos anónimos. Puede haber reuniones abiertas para que participe gente que no es alcohólica. También hay reuniones de lectura, con grupos cerrados y abiertos.

Mantenemos reuniones anuales, tenemos personería jurídica y contamos con estatutos que recién reacomodamos el año pasado. Dichos estatutos nos permiten funcionar dentro del ámbito legal del país. La Fundación de Alcohólicos Anónimos del Uruguay posee una Junta Nacional y una Junta de Supervisión, que yo integro.

Contamos con una oficina instalada en Salto. Tenemos dificultades económicas porque nuestra comunidad se autosostiene; nosotros no podemos recibir contribuciones desde fuera. Todo lo que posee Alcohólicos Anónimos debe ser solventado por las contribuciones personales que hacen los alcohólicos en esas reuniones cerradas. Ahora tenemos problemas con el local que alquilamos porque la cooperativa propietaria del lugar quiere que nos vayamos. Lamentablemente, no podemos acceder a otro local y es muy difícil conseguir uno que sea acorde a nuestras necesidades. Nos vendría bien algún comodato porque podríamos funcionar mejor.

¿Qué puede hacer Alcohólicos Anónimos? Brindar información acerca del alcoholismo. Nuestra Secretaría de Información Pública que coordina el CCP y recorre los liceos, las escuelas, etcétera trasmite información acerca de cómo funcionamos.

Nosotros siempre contamos lo que hicimos para dejar de tomar; no hacemos pronósticos ni prognosis. No hacemos terapia porque somos grupos de auto ayuda; hacemos catarsis de nuestros problemas y trasmitimos a la gente cómo hicimos para dejar de tomar. Hace poco en la UNASEV y en ciertas reuniones dije que la gente que nos escucha no sabe lo que es manejar alcoholizado con su esposa al lado y sus hijos atrás; eso no me sucedió una vez sino decena de veces. En dicha ocasión no nos sucedió nada pero uno no siempre tiene a Dios cuidándolo. El problema más grave de un alcohólico es reconocerse como tal y ese es el primer paso para la recuperación.

El programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos es la base de todos los programas de auto ayuda que existen y gracias a él se ha recuperado mucha gente. Últimamente, hemos notado una gran afluencia de gente importante que viene a recibir el mensaje. El tema es, como dije recién, reconocerse alcohólico. Muchos escuchan los mensajes, pero no todos vuelven a los grupos. Los que se quedan se recuperan junto con nosotros. Quizás sea así como está funcionando la vida hoy en día. Uno prende la televisión y no escucha un mensaje de alcohólicos anónimos. Todos los días escucho que algún comerciante no le vende a los menores. Se está pasando un mensaje de bebidas alcohólicas, o sea, se está promocionando alcohol. No estoy con la ley seca, simplemente hago la comparación. No podemos pasar el mensaje de alcohólicos anónimos a nivel de las cadenas privadas porque no tenemos los medios económicos ni el apoyo del Gobierno para hacerlo. En otras partes del mundo las ONG, las organizaciones tipo alcohólicos anónimos pasan el mensaje gratuitamente en horas en las que hay audiencia. En Argentina se apoya totalmente la difusión a nivel de radio y televisión. Si van a ese país van a ver en las paradas de los ómnibus o en las estaciones de los subtes también lo vi en otros países unos grandes carteles verdes de alcohólicos anónimos. Eso se puede hacer con la ayuda del Gobierno o teniendo un apoyo económico, del que nosotros carecemos. Apenas si podemos pagar el alquiler en donde estamos. Nosotros necesitamos algún tipo de apoyo, porque tenemos que pagar impuestos, BPS, contribuciones, a una persona que trabaja en la oficina. Tampoco tenemos una línea 0800. Hace unos años fuimos a ANTEL y nos dieron doscientas llamadas gratuitas, pero para la oficina nuestra no es suficiente. Reitero, no tenemos un 0800, local propio, ni el apoyo publicitario necesario.

La SEPREDI nos ofreció apoyo en sus espacios a través de spots que nos propusieron mejorar de alcohólicos anónimos y de audiciones radiales, y por supuesto lo vamos a aprovechar. Lo único que nosotros podemos aportar es nuestra experiencia y trasladarla al público. Hay gente que escuchando la radio o leyendo alguna folletería puede sentirse identificada y reconocerse alcohólico; entonces, va al grupo y se recupera.

No hay que olvidar que el alcohólico pasa por tres etapas. En la primera etapa es un hombre tipo payaso. Yo lo viví personalmente. Es una persona que dice bobadas, siempre quiere aparecer primero, pero después, con el incremento del alcoholismo, pasa a ser agresiva. Yo llegué a esa etapa de ser un hombre agresivo, de querer pegar. La última es la que llamamos del chancho, que prácticamente no tiene recuperación; no se bañan ni comen, solamente toman alcohol.

Hay tres lugares donde se puede terminar con el alcoholismo: la cárcel, el Vilardebó o la muerte. Decimos esto porque cuando hay algún incidente con lesionados siempre se culpa al alcohólico, porque no sabe ni donde está parado. A los alcohólicos no los internan en el Pasteur u en otro hospital, sino en el Vilardebó. Allí funciona un grupo de alcohólicos anónimos. Nosotros atendemos todos los lugares donde nos permiten ingresar como, por ejemplo, Villa Carmen y otras instituciones psiquiátricas.

Casi nunca vi salir gente curada del Vilardebó, del mundo de los babeantes, como le llamamos nosotros. Pero, un conocido mío sí salió; era un murguista, una buena persona, que falleció hace poco.

Nosotros participamos de reuniones a nivel mundial que se realizan cada dos años; la última fue en octubre. En los años impares se hace también la reunión de las Américas. Es decir, estamos integrados y tenemos toda la información que viene del exterior y tratamos de aprovecharla. No obstante, tenemos algunos problemas de funcionamiento, como lo expliqué anteriormente.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quisiera saber cuántas personas integran los 238 grupos que ustedes tienen en Uruguay.

Por otro lado, hay otro aspecto que ustedes manejan muy bien y me parece importante que la Comisión lo conozca. Me refiero al trabajo que hacen con familiares, que es fundamental para que el alcohólico mantenga su sobriedad. Me gustaría saber cuál es el grado de participación de las familias.

SEÑOR NUÑEZ.- Antes que nada, quería felicitarlos por su valentía. Digo esto porque a mí siempre me costó aceptar que era gordito.

Usted dijo que hacía diecisiete años que había dejado la bebida y enseguida también dijo que es una enfermedad que no tiene cura. Entonces, si hace esa cantidad de años que no toma, ¿por qué dice que no tiene cura?

SEÑOR CABRERA.- La Organización Mundial de la Salud determinó que esta es una enfermedad incurable. En la medicina, en los tratamientos terapéuticos o en psiquiatría no hay una cura para los alcohólicos. Es una enfermedad que solamente se detiene. Nosotros tenemos la enfermedad detenida y eso es posible utilizando la herramienta de los grupos, a los que concurrimos día a día para hablar de nuestra problemática con el alcohol. A veces vemos a una persona bien vestida, que trabaja, que habla bien, pero no está curada. Yo no me siento curado. No acepto nada que contenga alcohol, ni siquiera una torta. En mi casa no existe el alcohol. No podemos ni olerlo porque tenemos esa compulsión adentro que nos puede llevar a volver al triste pasado. No digo que nunca más vuelva a tomar, porque eso no se puede decir ya que personas con treinta y cinco años de abstinencia han vuelto a la copa. ¿Por qué? Porque dejamos el grupo, porque nos olvidamos de lo que nos pasó con nuestro alcoholismo. Esa es la dinámica: concurrir asiduamente a los grupos, hablar de mí, de Miguel alcohólico, de mis problemas. Somos enfermos emocionales. Yo perdí dos hijos por muerte violenta y no fue fácil, pero estaba en la comunidad y pude soportar ese impacto tan fuerte. Hace unos años que mi hija de veintidós años se suicidó. Por suerte, yo estaba en la comunidad y no volví a tomar. Era un pretexto para volver a la copa; sin embargo, mis compañeros, mis bastones, enseguida estuvieron al lado mío y me apoyaron.

SEÑOR BANGO.- Quiero felicitarlos por el trabajo que están haciendo con ustedes mismos y con los demás. Nos emociona escucharlos y son un ejemplo para todos nosotros.

Les pido disculpas porque debo asistir a otra Comisión pero no quería irme de manera descortés. El Presupuesto Nacional, que ya fue aprobado por la Cámara de Representantes y ahora está a estudio del Senado, tiene un capítulo llamado "Subsidios y Subvenciones" mediante el cual se otorgan subvenciones a las organizaciones sociales que aplican en función del trabajo que realizan. Como se planteó que Alcohólicos Anónimos no tiene ningún tipo de soporte más allá de las personas que participan, consulto si ustedes se han postulado para recibir una subvención del Estado.

SEÑOR AMARO.- Nosotros tenemos doce pasos de recuperación y doce tradiciones. Nuestro símbolo es un triángulo cuya base es la recuperación, que es la que sostiene el edificio. Un lado del triángulo tiene escrita la palabra "Unidad", que está basada en las doce tradiciones. El otro lado está formado por los doce conceptos, que es para los servicios mundiales.

Las tradiciones indican cómo nos debemos manejar a nivel global, del público y, sobre todo, del grupo. La séptima tradición dice que nosotros nos autosostenemos y no podemos recibir ningún tipo de contribución externa. Sí podemos recibir un comodato, una exoneración de tributos o una línea 0800, que nos vendría muy bien. Por ejemplo, el grupo portuario figura con un comodato que renovamos hace dos años. En Maldonado

tenemos la Casa del Alcohólico, que también funciona como un comodato. En el Chuy también tenemos otro comodato con la Intendencia.

Eso podemos tomarlo como una contraprestación de servicios. Nosotros tuvimos que modificar nuestros estatutos, inclusive apoyados por la gente del BPS, que nos indicaron qué teníamos que poner. Por ejemplo, hay un artículo sobre la enseñanza. Nosotros no podemos dar cátedra, pero ellos nos decían que eso nos podía habilitar para ser exonerados. También nos decían que un cuadro de fútbol o un club deportivo puede tener exoneraciones o prestaciones del Estado y nosotros no. Entonces, modificamos los estatutos en ese aspecto. De todos modos, no podemos recibir ninguna subvención. Está en las tradiciones que para nosotros no son sugerencias sino que debemos obedecerlas.

La población de los grupos de Alcohólicos Anónimas es variable. Hay algunos que tienen ocho o diez integrantes y hay otros como "Atahualpa" que pueden llegar a treinta o cuarenta personas. Hay grupos que llamamos fuertes que son muy concurridos y hay otros que por su lejanía o por otras situaciones tienen pocos integrantes. No podemos llevar estadísticas, pero pensamos que en Uruguay debemos de tener unos tres mil alcohólicos en los grupos. En el mundo la membresía de Alcohólicos Anónimos supera los dos millones de personas.

Cuando yo me fui recuperando no mejoré solo yo sino también todo mi entorno familiar: mi señora, mis hijos, mis nietos, mi trabajo, mis empleadores. O sea que el círculo de recuperación se agranda cuando un borracho como yo llega a los grupos. Yo digo "borracho" porque nuestro fundador era un corredor de bolsa y se presentaba diciendo: "Yo soy Bill y soy un borracho". Es una forma afectiva de identificarse.

Acá es donde entra la parte de la familia. Generalmente, el alcohólico sufre una recaída, porque tiene un problema emocional. Tuvo un problema con su familia, por ejemplo, y le pega el manotazo al vaso. Eso depende de la recuperación del individuo.

Voy a contarles una cosa que me pasó un día en el grupo "Chans Caviglia". De paso les cuento que este grupo lleva ese nombre porque el doctor Chans Caviglia fue el principal gestor de Alcohólicos Anónimos en Uruguay; estuvo reunido con Bill W. un par de veces, trajo la idea para acá. Entonces, allá por el año 1948 empezaron a funcionar los grupos con los alcohólicos, los familiares y el doctor Chans Caviglia.

Les decía que en el grupo Chans Caviglia donde yo empecé también hace diecisiete años había un padrino con diecinueve años de abstinencia, que es una persona con años en los grupos que ayuda a la gente nueva a ir apoyándose en el Programa. Falleció la esposa de esta persona y lo primero que hizo fue ir a tomar. Es una enfermedad, y ese es el problema.

SEÑOR CABRERA.- Los grupos de Al-Anon ayudan a los familiares de los alcohólicos. Estos grupos funcionan paralelamente a Alcohólicos Anónimos, pero de manera separada, en otro lugar. La dirección es en la calle Buenos Aires 944, en la Ciudad Vieja. Es una organización bastante importante, que contribuye a la contención del alcohólico, lo ayuda y apoya. En un momento de crisis, el 24 de diciembre de 1998, pensamos con mi esposa que había que hacer algo con esta persona, que sin tomar era excelente, pero que cuando lo hacía, se desdoblaba su personalidad, convirtiéndose en un monstruo en potencia. Ahí surgió llamar por teléfono a Alcohólicos Anónimos y también a Al-Anon. Hubiera sido bueno que hoy estuvieran invitados ellos también. A nosotros no nos hubiera molestado para nada compartir esta instancia.

Estas personas trabajan muchísimo. Por lo general, son todas mujeres, aunque también hay hombres, hijos, jóvenes y "teenagers". Es un soporte bastante importante para el alcohólico que hoy está padeciendo esa enfermedad. El alcohólico necesita que la familia también lo apoye. Hay mucha gente que no tiene referencia, que van solos y no tienen en quién apoyarse. Sin embargo, si la esposa, la hija le da un apoyo, un soporte, lo comprende, y lo contiene, está ayudando muchísimo a la recuperación de ese alcohólico. A mí hasta el día de hoy me ayuda muchísimo mi esposa. Es una excelente mujer, madre y abuela. La verdad que fui un afortunado en haberla conocido, por más que en cierto momento le hice la vida a cuadritos; le hice la vida imposible. Sin embargo, el amor prima sobre todas las cosas. El amor de una mujer, la comprensión es importantísima. Este programa tiene esas motivaciones importantes.

Es bueno decir que estos grupos también funcionan en todo el país. Recalco la importancia de los familiares que a veces trabajan muchísimo más que nosotros.

SEÑOR AMARO.- Antes, en las rutas nacionales en otros países existen, principalmente a la entrada de las ciudades y los pueblos, había carteles de alcohólicos anónimos autorizados por el Ministerio de Transporte y Obras Públicas. Alguno todavía debe estar por ahí oxidado. Cuando empezaron las ampliaciones de las carreteras esos carteles desaparecieron de todos lados. El otro día vino un argentino y me dijo: "Qué raro que en las rutas nacionales no tengan carteles de alcohólicos anónimos, como en otras partes del mundo, o el eslogan de 'si toma no conduzca'". Debería haber algo que haga referencia al alcoholismo en las rutas nacionales. Digo esto a modo de reflexión.

SEÑORA MARIZCURRENA.- En primer lugar, quiero agradecer vuestra presencia. La verdad que es muy importante lo que están compartiendo con nosotros.

Mi pregunta es la siguiente. ¿Tienen idea a qué edad la gente se da cuenta de que es un problema y acude a pedir ayuda? Según vuestra experiencia, el exceso en el consumo de alcohol en la juventud, ¿puede llegar a provocar un problema de alcoholismo o es algo pasajero?

SEÑOR AMARO.- Uno de mis nietos, de catorce años, se juntó con unos compañeros en la previa y se emborrachó con cerveza. Él sabe que tiene un abuelo alcohólico, que no toma.

No hay edad. Es horrible la cantidad de gente joven alcoholizada en las calles. Los vemos por todos lados con una botella de cerveza tomando del pico, en la calle, en las playas. No hay problema de sexo ni de edades. Lo que ocurre es que el mayor es más recatado y lo hace en lugares más normales; el joven lo hace en cualquier lugar y momento. Hemos visto el crecimiento de la población más joven. En mi grupo, que es numeroso, hay muchos muchachos jóvenes de poco más de veinte años. Es complicado, porque a un veterano de treinta, cuarenta o cincuenta años se lo puede contener y decirle que no vaya a los lugares donde tomaba, pero a un joven, que sale con su pareja a un boliche o a un baile, que quizás también toma, es más difícil controlarlo. El alcohólico que va allí tiene una edad promedio de cuarenta o cincuenta años. El joven es un problemón. Yo creo que ustedes están en el tema de cómo detener el problema en los jóvenes.

Ustedes mírennos. Podemos traer a unos cuantos como nosotros o más jóvenes, de veinte años, y sentarlos al lado nuestro. Para dejar de tomar, lo que se necesita es la voluntad. Hay que tener el sincero deseo de dejar de tomar. Nosotros no podemos sacar al borracho del boliche o de la casa y llevarlo al grupo. Si llega al grupo y no tiene el deseo de dejar de tomar, es muy difícil que lo haga; el alcoholismo es un problema para la familia y para él. A mí durante mucho tiempo no me gustaba reconocerme alcohólico. Hoy, cuando nos presentamos en el grupo decimos: "Soy Juan Carlos y soy alcohólico". Pero antes, decir que yo era alcohólico, no. Se puede salir, por eso estamos hoy acá.

SEÑOR CABRERA.- Agradecemos profundamente la invitación

También queremos decirles que tenemos grupos bilingües, que funcionan con el idioma inglés y que reciben a compañeros de otros países. En nuestra oficina la zafra es en diciembre, enero y febrero, cuando vienen norteamericanos, canadienses a buscar un grupo de alcohólicos anónimos. Nos buscan por la "web". Por suerte tenemos formado un grupo que se llama Montevideo Welcome Group. Vamos a dejar a la Comisión un afiche informativo al respecto. Por suerte tenemos compañeros que hablan inglés, que también dan su apoyo a otras personas con problemas de alcoholismo, que en estos países no se sienten tan desamparados. En Argentina sé que hay grupos. Acá nos prestan un local los miércoles para funcionar.

Por último, queríamos mencionar el porqué de nuestro anonimato. El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones, recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personalidades. Es la garantía que damos al mundo en cuanto a que ninguno utilizará el nombre de Alcohólicos Anónimos para obtener beneficios económicos, prestigios o influencias, y que la identidad del recién llegado no será revelada. Algunas personas no quieren exponerse al estigma que se atribuye al alcoholismo. Entendemos su situación porque nosotros también la hemos atravesado. Trataremos de ayudarles y les prometemos el privado refugio del anonimato.

Gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias por el aporte. Tal vez nos veamos alguna otra vez.

(Se retiran de Sala representantes de la Fundación "Alcohólicos Anónimos")

(Ingresa a Sala la delegación de la Asociación Civil sin Fines de Lucro "Ser Libre")

—— La Comisión Especial sobre Adicciones, Consecuencias e Impacto en la Sociedad Uruguaya tiene mucho gusto en recibir a la delegación de la Asociación Civil sin Fines de Lucro "Ser Libre", integrada por las señoras Rocío Fernández Dos Santos, María de los Ángeles Lorenzo y la licenciada Raquel Martínez Raggio, y por los señores Carlos Casalla Lepro, el doctor Guillermo Castro Quintela, el Consejero en Adicciones Julio Piñero Ferro y el psicólogo José Luis García Acuña.

SEÑOR PIÑERO.- Soy Consejero en Adicción y Director Terapéutico y Académico de la institución Ser Libre. Les queremos agradecer la posibilidad de presentar nuestra forma de ver la problemática que nos incumbe. Queremos destacar que el nombre de la Comisión refiere a las adicciones y al impacto que estas tienen en la sociedad. De hecho, en nuestros cursos de Operadores Terapéuticos, la primera clase es precisamente sobre el impacto que genera la adicción en nuestra sociedad, y vemos las diferentes áreas que afecta.

Como institución tenemos la misión de asistir en forma integral al proceso de rehabilitación de los adictos junto a sus familias, es decir que es un tratamiento integral para que recupere su dignidad y se oriente a ser libre. Además, formamos gente para trabajar en estas áreas y seguir creciendo. Trabajamos con valores y creemos firmemente en la recuperación de las personas.

Desde el año 2006 a la fecha hemos visto a unas mil personas. De ellas 650 ingresaron a tratamiento y 450 es decir un 70% están en franca recuperación. Además, formamos Operadores Terapéuticos. Hemos estado en cárceles formando Orientadores en Adicción en la población carcelaria y también entre los funcionarios.

En este momento estamos atendiendo a más de cuarenta personas de forma ambulatoria y formando a más de cien Operadores en Montevideo y el interior. Ese es el equipo con el que contamos, entre técnicos y profesionales, sin considerar a la parte administrativa.

Creemos que el gran volumen de los problemas asociados al consumo de drogas surge de quienes son adictos. Entendemos la adicción como una enfermedad involuntaria que la persona no elige tener sino que viene con una predisposición, con una personalidad adictiva que una vez que hace contacto con algún elemento de predilección, que puede ser el juego o la comida, desarrolla la adicción. La entendemos como una enfermedad hereditaria y crónica, lo que nos ayuda al éxito del tratamiento.

Algunas de las características de la enfermedad de la adicción son la compulsión, la impulsividad, un elevado sistema defensivo y la memoria selectiva, que refiere a que el adicto no registra las consecuencias del consumo sino solo lo positivo, y por eso vuelve a consumir. Entonces, trabajamos mucho en eso: en que pueda ver lo negativo para recuperarse.

También se genera una ilusión de control; el adicto cree que maneja la situación, no solo el consumo, sino además las diferentes áreas de su vida. Pero, por lo general, el adicto no maneja el consumo ni los diferentes aspectos de su vida.

Podemos mencionar otras características, como el hedonismo y el egocentrismo o narcisismo, según maneja la psicología.

Estas son características previas de las personalidades adictivas.

En el tratamiento también hacemos mucho hincapié en lo que llamamos codependencia, que es el vínculo adictivo que tiene la familia hacia el adicto: de la misma forma en que el adicto vive en función de la sustancia, la familia vive en función de sus adictos, postergándose, intentando controlarlos, deteriorándose, etcétera.

El impacto de la adicción en la sociedad se traduce en suicidios, muertes tempranas, conflictivas familiares, delincuencia y violencia de todo tipo. Hay un altísimo porcentaje de la población carcelaria que es adicto. En otras áreas, como la del Ministerio de Desarrollo Social, también se verifica esta problemática en personas en indigencia y marginadas. Por ejemplo, estuve yendo a los comedores de INDA para experimentar qué sucedía y advertí que la mayoría de las personas que asisten son adictos o alcohólicos.

En lo laboral se genera ausentismo y bajo rendimiento, despidos, robos, etcétera. En el ámbito estudiantil el consumo de sustancias perjudica enormemente el presentismo y genera bajos rendimientos y deserciones. Con respecto a la salud hay una cantidad de consecuencias que se detallan en al "power point".

Entendemos que, por un lado, la adicción daña a la sociedad pero, por otro, la sociedad facilita que se desarrolle esta problemática. Esta sociedad genera adicción, porque tiene características como el consumismo, la inmediatez, el descuido del medio ambiente, etcétera, y eso repercute en el hilo más fino, que es el adicto. Esta es nuestra forma de ver el problema; el daño es recíproco: por un lado, el adicto hace un daño a la sociedad y, por otro, la sociedad también hace un daño que facilita las conductas adictivas.

¿De quién hablamos cuando hablamos del adicto? ¿Quién es el adicto? Podemos serlo nosotros mismos. Yo soy adicto; llevo diecinueve años sin consumir ningún tipo de sustancia, ni siquiera alcohol.

(Diálogos)

—— Si bien desde el Gobierno se ha hecho muchos esfuerzos hay algo que no está siendo del todo cubierto. Creemos que ver la adicción meramente como un problema de vulnerabilidad o exclusión social no es suficiente ni correcto. Una de las características positivas importantes de este Gobierno ha sido disminuir la exclusión y la vulnerabilidad social y las tasas de desempleo; sin embargo, el problema de la adicción no merma. A pesar de que se hacen enormes esfuerzos en planes de emergencia, rutas de salida, empleabilidad, etcétera, el problema de las drogas y de las adicciones no está mermando; al contrario, sigue creciendo. Este es un aspecto que hay que tomar en cuenta, porque lo que se hace es bueno, pero no resulta suficiente porque no se considera la autonomía de la adicción. Una vez que la adicción es autónoma hay que instrumentar políticas específicas para intervenir. Esta es el área que todavía no está muy resuelta a nivel estatal.

Reconocemos los esfuerzos de la Junta y todo lo que hace en materia de políticas preventivas y de lucha contra el narcotráfico y contra el lavado de dinero, pero todavía no se entiende la adicción como una problemática autónoma.

Vamos a entregarles un material que contiene un árbol de solución de problemas para que conozcan nuestro punto de vista.

SEÑORA MARTÍNEZ.- Yo integro la Comisión Fiscal de "Ser Libre" y, además, trabajo en consultoría y apoyo a la gestión de proyectos críticos en el Poder Judicial; entonces, empleo esta parte de mi conocimiento y preparación en la gestión de proyectos y en el análisis de problemas en esta Institución.

Elaboramos en conjunto un instrumento que a veces nos resulta útil para graficar una realidad compleja. Obviamente, este instrumento constituye una síntesis de lo que advertimos que hoy en día está pasando con la problemática de la adicción. Adviértase que no hablo de la problemática de las drogas sino de la adicción. Por suerte, esta Comisión tiene en su nombre la palabra "adicción" y no "drogas"; la adicción es un fenómeno mucho más amplio que el de las drogas.

Este árbol de problemas es un esquema en el que se sintetizan nuestras ideas acerca de lo que está pasando hoy. En la primera parte se hace referencia a una insatisfacción de la sociedad uruguaya en cuanto a este tema en general; si no fuera así esta Comisión no se hubiera creado ni se estaría hablando tanto al respecto en los medios de prensa. Esta insatisfacción de la sociedad uruguaya con respecto a este tema se percibe por los diferentes efectos que genera, que son los impactos a los que se refería recién el consejero Piñero: muertes tempranas, suicidios, conflictividad familiar, delincuencia, inseguridad, violencia doméstica y pública, etcétera. ¿Por qué ocurre esto? Por múltiples factores, entre ellos, políticas gubernamentales que podríamos definir como inadecuadas o insuficientes; no lo tenemos claro, pero hay que seguir ahondando en este aspecto.

A nuestro juicio, ¿cuáles son las causas? En primer lugar, podemos decir que se desconoce la esencia y la autonomía de la enfermedad y, por lo tanto, existe como una negación de distintos aspectos relacionados con el tema de la adicción. Parece que todavía no es visible por completo el tema de la enfermedad en sí misma.

En segundo lugar, creemos que existe una negación del impacto. Hay veces que se piensa que el impacto de la violencia doméstica está relacionado con determinados temas y no se tiene en cuenta que también tiene que ver con la adicción como, por ejemplo, la prostitución. ¡Cuántas mujeres se prostituyen porque primero empezaron con la droga! Quizás el problema sea más visible si hablamos de la incidencia de las camas de hospital. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública cada vez cuenta con más camas para atender a los adictos. Por lo tanto, existe una cierta negación del impacto como consecuencia del desconocimiento de la relación entre el consumo problemático, el bajo rendimiento y el abandono estudiantil o porque se desconoce la asociación entre adicción y delito. Sabemos que se manejan algunas estadísticas, pero consideramos que falta información o que se inclinan hacia determinado interés. En definitiva, consideramos que en este momento todavía no se conoce realmente la relación entre adicción y delito.

Cabe señalar que hay carencias en el sistema educativo con relación al desarrollo de las capacidades y las habilidades para la vida saludable. Desde niños, todos deberíamos aprender sobre esta temática. Se han hecho determinados programas de prevención pero creemos que esto debería ser masivo para todas las escuelas y en todos los liceos.

Por otra parte, desde nuestra Institución creemos que se ha enfatizado mucho la política de reducción de daños frente a la de prevención y promovemos el lema de "más vale prevenir que curar". Entonces, más vale educar.

También hay reducidos o limitados programas de prevención, falta de programas de formación específica y especializada en operadores en esta problemática. Nuestra institución forma Operadores Terapéuticos, pero no es algo que se instrumente de manera masiva en el país.

SEÑOR LACALLE POU.- ¿Qué es un Operador Terapéutico?

SEÑOR PIÑERO.- Se trata de un técnico especializado para trabajar en asistencia con adictos de forma ambulatoria o residencial y también con sus familias para generar el acceso al tratamiento del adicto. Esto se logra a través de las familias y, a su vez, se las ayuda con su codependencia y sus conflictivas.

Por lo tanto, se trata de una persona especializada en adicciones.

SEÑOR LACALLE POU.- Sinceramente, no termino de entender el rol de esta persona.

SEÑOR PIÑERO.- Se trata de un técnico.

Si se analiza la capacitación nacional en cuanto a profesiones de ayuda, podrá advertirse que en la Facultad de Psicología o de Medicina la adicción no está dentro de las currículas; figura como algo optativo. Además, no todas las personas que terminan una carrera salen preparadas para trabajar con adictos. A nuestros cursos concurren profesionales, médicos, psicólogos, asistentes sociales, maestros, estudiantes y hasta adictos que se recuperaron. Son cursos para todo el mundo y no solo sirven para poder trabajar sino para la vida personal, porque se tocan muchos temas de la vida cotidiana.

SEÑOR LACALLE POU.- Me gustaría que luego se profundizara en esta cuestión.

SEÑORA MARTÍNEZ.- Continuando con nuestra presentación, podemos hablar del ineficaz o escaso control del cumplimiento de determinada normativa vigente. Al respecto, se han hecho esfuerzos y se han logrado cosas.

Como ustedes ven, cada cuadradito tiene un color diferente: cuando está rojo es un alerta, cuando está amarillo ha habido cierta evolución y cuando está verde advertimos que hay buenos resultados. Ha habido

una fuerte atención al narcotráfico a gran escala y con relación al lavado de activos. Estamos hablando de esfuerzos de todo tipo: desde la legislación hasta el control de todo esto a través del Ministerio del Interior.

Por otro lado, sabemos que la Junta Nacional de Drogas ha creado importantes lazos y contactos con organismos internacionales, algo que es muy favorable para el país. Un aspecto que todavía consideramos de alerta refiere a la represión en el tráfico y en la venta local, porque es insuficiente. Sabemos que en los mismos lugares muchas veces siguen existiendo las mismas bocas. Esto es difícil de resolver pero constituye un cuadro amarillo.

Otro tema relacionado es el control del consumo en lugares públicos, que es nulo o ineficaz. ¿Quién no ha visto gente tirada en la calle tomando alcohol? Este tema es de todos los días y no hay control para evitar que la gente esté así. No hablamos de que no se tomen medidas, pero hay gente drogándose en la calle. Entonces, para nosotros hay escaso o ineficaz control, con la normativa que ya existe.

El abordaje de la problemática en la población carcelaria adicta está en desarrollo. Sabemos que se han tomado algunas medidas y creemos que hay que seguir adelante con eso.

En el área de la salud, podemos decir que los dispositivos de salud existentes en algunos casos no son efectivos porque hay bastante reincidencia y consideramos que no son suficientes. A nuestro juicio, faltan dispositivos de abordaje terapéutico para los adictos faltan lugares para el tratamiento y hay escasos dispositivos de atención para los familiares y los referentes. Planteamos esto porque la familia se encuentra con la problemática y a veces no saben a dónde concurrir. Además esto se destaca en color rojo, no existe investigación científica en cuanto a la efectividad de los tratamientos.

Hace poco tiempo nos invitó la Junta Nacional de Drogas porque se piensa elaborar estadísticas relacionadas con el grado de efectividad de los tratamientos que se realizan en las distintas instituciones. Todo esto constituyó el árbol de problemas.

Ahora, vamos a detallar la propuesta del árbol de soluciones. Se trata de una estructura similar a la anterior, que visualiza los mayores problemas, y se busca su solución.

Ponemos en sentido contrario cada una de las afirmaciones que hicimos y empezamos a ver cómo transformar los colores rojos en amarillos y los amarillos en verdes. Ahora leemos desde las raíces del árbol y planteamos conocer en forma más precisa la relación entre consumo problemático y bajo rendimiento y abandono estudiantil esto hace hincapié en la formulación de estadísticas y conocer la asociación entre adicción y delito. Con esto pretendemos saber el grado de incidencia del impacto. A su vez, se busca conocer la esencia y la autonomía de la enfermedad porque nos enfrentamos a algo que se va multiplicando en la sociedad.

También aparece el hecho de enfatizar la política de prevención frente a la de reducción de daños, promover el desarrollo de programas de prevención y de formación específica en Operadores Terapéuticos. Quiere decir que seguimos prestando una fuerte atención al narcotráfico y a los contactos internacionales. Proponemos incrementar el control y la represión del tráfico local y la venta de alcohol a menores. En este caso, hablamos de la represión del consumo en lugares públicos, porque aunque no está penado, en la vía pública sí está reglamentado. Por ejemplo, no está permitido tomar alcohol si altera las condiciones del lugar y esto no se controla. A su vez, proponemos ampliar al abordaje de la problemática de la población carcelaria, continuar con estas iniciativas que se están llevando a cabo por el Ministerio, incrementar dispositivos de abordaje terapéutico, dispositivos de atención de familiares y referentes y desarrollar investigación científica en el tema de la efectividad de los tratamientos. A partir de esto, se generarían las consecuencias de fortalecimiento del sistema educativo, el incremento del control del cumplimiento de la normativa y la mejora de los dispositivos de salud. Todo esto siempre imaginando, proyectando hacia el futuro que las políticas sean más adecuadas y suficientes eso implica un esfuerzo y que sea algo continuado a lo largo de los años para ir disminuyendo las insatisfacciones y lograr que la sociedad uruguaya quede conforme en lo que refiere al abordaje de este tema por parte del Gobierno

Lo que nos toca a nosotros en particular es lo que está punteado en color violeta, que es conocer la esencia y autonomía de la enfermedad y tomarlas en cuenta, y mejorar e incrementar los dispositivos de salud, porque esa es el área en la que nosotros nos especializamos.

SEÑOR PIÑERO.- Hemos traído cuatro temas que vamos a desarrollar ahora.

El primero de ellos es la internación compulsiva, que va a desarrollar el señor García.

SEÑOR GARCÍA.- Todos sabemos que el tema de la internación compulsiva en su momento generó un debate social.

Obviamente, nosotros estamos de acuerdo con la internación compulsiva en aquellos casos que lo ameritan, no en todas las situaciones de adicciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿En qué casos lo amerita?

SEÑOR GARCÍA.- Por ejemplo, uno de los casos que más lo amerita es cuando los hijos desvalijan las casas de sus madres cinco veces. Más allá de que esto no está configurado como delito tal vez aquí haya algún jurista que me pueda asesorar, si hilamos fino, podríamos considerarlo como violencia doméstica. En definitiva, este hecho genera mucha violencia dentro de los hogares y la familia. En esos casos estamos de acuerdo con la internación compulsiva. Vemos que lo que nos está pasando en la sociedad es que esas personas quedan impunes, siguen con su adicción y generando problemas, porque después de que roban en la casa, van a robar a otras personas.

Otro problema que tenemos es el de las personas adictas que son violentas con la sociedad y, obviamente, deben ser internadas compulsivamente. De hecho, existen leyes en esta materia, más allá de que hubo una iniciativa parlamentaria para aprobar una ley que abarcaba la internación compulsiva. En la ley de estupefacientes está clarísimo que el Instituto de Toxicomanía, con la firma de dos psiquiatras, puede perfectamente llevar a cabo la internación. El problema es qué se hace mal cuando pasan esas cosas, porque se interna a un adicto en el Vilardebó. Me parece que ahí estamos errando. Al Vilardebó van personas con problemas mentales, no con problemas de adicción. Deberíamos tener instituciones donde podamos internar compulsivamente a personas con adicción y con especialistas que los traten.

Estamos de acuerdo con la internación compulsiva en los casos que lo amerite.

SEÑOR PIÑERO.- De hecho, nosotros tenemos los mismos resultados de éxito como institución en el tratamiento de las personas que vienen voluntariamente como con aquellas que vienen obligadas. Es necesaria la voluntad para que el adicto pueda recuperarse, y por eso apelamos a generarla. Entonces, si la persona viene de buena o mala gana, nos da exactamente lo mismo. Nos interesa que en ese proceso se genere el cambio, la conciencia. Por ejemplo, llega una persona voluntariamente a nuestra institución que está asustada porque la mujer lo echó de la casa, lo están por echar del trabajo o tiene algún problema de salud, pero cuando se le va el susto, la mujer lo perdona, el corazón vuelve a su ritmo normal, y se le van las ganas de recuperarse. La voluntad no es algo muy confiable. Si durante el proceso en el que las personas están en la institución se genera ese estado de conciencia, bienvenido sea, aunque vengan con voluntad o sin voluntad.

SEÑOR GARCÍA.- Yo trabajé el tema de las drogas en las cárceles y eso es también internación compulsiva, porque allí están compulsivamente. Es evidente que no todas las personas que se trataban conmigo tenían la voluntad de cambiar. Está en el técnico, en el profesional y en las autoridades en este caso de la cárcel seducir a la persona para que logre un cambio. Nosotros creemos que si se actúa bien en cuanto a la internación compulsiva, evitamos que mucha gente vaya a la cárcel. Hay muchas personas que están en la cárcel no por ser delincuentes, sino por un problema de adicción.

SEÑOR PIÑERO.- El siguiente tema refiere a las políticas de tabaco.

Adherimos firmemente a estas políticas. Consideramos que es lo más exitoso que ha habido en lo que refiere a adicciones en los últimos años en el país. Negamos el hecho de que las políticas de tabaco sean de reducción de daño. Si la política de tabaco hubiera sido de reducción de daño, habría aconsejado a la gente a fumar hasta la mitad del cigarrillo, que no fumara agitada y habría lugares para fumadores. Nada de eso sucedió. Acá hubo una clara política normativa y restrictiva que apuntó al consumidor. El éxito de esa

política en gran parte radica en haber complicado el consumo al consumidor, además de habilitar tratamientos y generar campañas preventivas muy importantes, reducir las campañas a favor del tabaco y, por supuesto, subir los precios y reducir los espacios de consumo. Creemos que se podrían aplicar también políticas semejantes para el problema de las drogas y el alcohol, con una normativa más clara, con una restricción más amplia para complicar los consumos. Hoy en día hay como una legitimización del consumo, una intoxicación visual y eso lo único que genera es más consumo, porque la gente ve que se consume y no pasa nada y todo el mundo sigue consumiendo.

Consideramos que estas políticas de tabaco han sido muy favorables y se pueden replicar perfectamente a los problemas del alcohol, de las drogas y también del juego y a otras situaciones factibles de adicción.

Con respecto a la reducción de daños, quiero señalar que la entendemos como una estrategia específica para abordar a aquellas personas sumamente resistentes luego de diferentes esfuerzos por generar cambios de conciencia. Si una persona viene con una adicción, vamos a intentar conducirla a que lleve adelante una recuperación consistente y a largo plazo. Si no lo logramos de esa forma, intentamos persuadirlo a través de la familia. Si la persona sigue resistente, recién ahí aplicamos la reducción de daño. ¿Por qué? Porque no es justo evitar que una persona haga una recuperación completa dándole la opción de reducción de daños, porque ningún adicto va a hacer una recuperación completa si tiene la posibilidad de consumir otras sustancias. Entonces, favorecer la reducción de daño como una política de Estado es el error más grande que podemos cometer como país y lo están demostrando otros países con los grandes fracasos que tienen con esta políticas. De hecho, ocurre con Suecia que es un país que tiene mucho éxito con el problema de adicciones. Hoy se queja de que en épocas pasadas implementaron estas políticas cuyos resultados negativos aún persisten y se los adjudican a la apertura que tuvieron con la política de reducción de daño. Reducción de daño es una práctica puntual ante aquellos casos sumamente resistentes. Fomenta la ilusión de control y si recordamos lo que hablamos hoy, es una característica de la enfermedad y está fomentada por esta política que, desde nuestro punto de vista, es el vocero de la enfermedad y la adicción.

SEÑOR CASTRO.- Inclusive, es hasta una falacia biológica hablar de reducción de daño. Si a mí me apetece la marihuana, jamás me va a apetecer otro tipo de drogas, porque a través de la marihuana busco ciertas sensaciones que obedecen a receptores que tengo en el cerebro. Si a un consumidor de cocaína le decimos que no consuma más cocaína pero para poder subsanar su adicción lo pasamos a marihuana porque "suponemos" entre comillas que es menos dañina, es una falsedad biológica, porque no tiene receptores adaptados para poder recepcionar la marihuana. Esta actúa en sistemas gabaérgicos y no dopaminérgicos. Es una explicación biológica compleja.

Por otra parte, desde mi punto de vista y del de muchos investigadores en el mundo la marihuana no es una droga blanda. No tiene sentido decir esto cuando estamos hablando de una sustancia que es diecisiete veces más cancerígena que el tabaco, y esta es la regla número uno. Está demostrado que es probable que la marihuana pueda desarrollar esquizofrenia en pacientes genéticamente predispuestos, y es un dato que también tenemos que tomar en cuenta.

Este es un dato que aprendí estudiando en Estados Unidos: una persona que repite tercero de liceo por tercera vez fuma marihuana hasta que se demuestre lo contrario, y es una realidad porque la marihuana desarrolla además desmotivación crónica

Entre el 70% y el 80% de los fumadores de marihuana van a desarrollar depresión mayor en un período menor a cinco años. Con la alta tasa de suicidios que tenemos en el país, esto va a ir "in crescendo". En el caso de combinación de marihuana con alcohol, que es muy frecuente, el riesgo de desarrollar depresión mayor es aún mucho más grande.

Yo creo que la marihuana, como cualquier otra sustancia de este tipo, generalmente se empiezan a consumir en la adolescencia. A esa altura de la vida, el desarrollo cerebral involucra cientos de billones de conexiones interneuronales en las cuales utilizamos una sustancia química que reduce la posibilidad de desarrollo de las capacidades intelectuales del individuo. Cuando vemos adolescentes con desmotivación crónica, buscamos siempre descartar la posibilidad de que esté consumiendo "cannabis nobile".

También es importante tener en cuenta que la marihuana produce azoospermia, que es la disminución de espermatozoides. Está demostrado que es una sustancia altamente generadora de esterilidad masculina.

Estas cosas no se dicen pero es importante tener estos datos.

A veces no se da tanta bolilla a la psiquiatría como a otras especialidades médicas. En el año 1982 aparece el primer caso original de SIDA en nuestro país y desde ese año hasta 2002 murieron novecientos uruguayos por esa enfermedad. En ese mismo período de tiempo se suicidaron nueve mil uruguayos, así que los desórdenes afectivos matan diez veces más que el HIV. Sin embargo, es un concepto que muchas veces no se maneja

Este tipo de adicción es una enfermedad biológica que afecta el cerebro. De alguna manera hay que tratarla con conceptos médicos y entenderla con conceptos biológicos, genéticos y fisiológicos.

Otra cosa importante es que el fumador de marihuana como de otras sustancias no tiene juicio crítico; no sabe dónde está metido. Existe una negación. No se es consciente de lo que se está haciendo. El suicidio tampoco es un acto consciente, por más que yo agarre una pistola, le ponga una bala, la martille, me la ponga en la sien y me pegue un disparo. Es un acto con alteración de conciencia. Acá pasan cosas similares.

Las experiencias más notorias son con ratas. Si bien son experiencias crueles se ha demostrado que si tengo una rata macho adicta a la cocaína, pongo un campo eléctrico y cocaína del otro lado; si aparte tengo una rata normal y del otro lado una rata hembra en celo con campo electrificado, la que consume cocaína se va a matar con tal de conseguir su sustancia, mientras que el otro macho va a esperar. Quiere decir que los instintos, lo que afecta nuestro sistema de placer, son distintos con el consumo de drogas que los instintos que nos llevan a procrear o a la vida.

Quería resaltar esto. Es clave entender que la marihuana es un gigantesco productor de depresión mayor endógena.

SEÑOR PIÑERO.- Consideramos que el error sería pensar que las drogas son nocivas porque son ilegales cuando, en realidad, son ilegales porque son nocivas.

SEÑOR CASTRO.- Los porcentajes de reducción de daño pasando consumidores de cocaína a la marihuana dan cuenta que el 90% de los que van a la marihuana vuelven a la cocaína. O sea que plantear la reducción de daño como política no tiene mucho sentido.

La única diferencia entre la marihuana y la cocaína es cuál mata más rápido. Yo le digo a un consumidor de cocaína que las dos cosas más lindas que le pueden pasar son que consulte rápido para buscar ayuda o que se muera lo antes posible por lo que va a sufrir. Lamentablemente, en el caso de la marihuana el período hasta la muerte es mucho más prologando.

SEÑOR LACALLE POU.- Siempre estamos hablando de consumidores problemáticos.

SEÑOR CASTRO.- Sí; pero la cuestión es quiénes son los consumidores problemáticos de la población y cuántos de aquellos a los que voy a dar la facilidad para que consuman se van a transformar en consumidores problemáticos en el futuro. Eso no lo sé. El 35% de la población caucásica del mundo tiene problemas en el manejo del alcohol; o sea que estamos ante un problema muy grave. Lo mismo sucede con el tabaco.

Hubo éxito en cuanto a la prevención del tabaquismo. Ahora uno puede ir a un casamiento, entrar a un boliche o ir a cualquier lado y la gente que fuma sale a hacerlo afuera.

SEÑOR LACALLE POU.- Pero no fuma menos.

SEÑOR CASTRO.- Se están reduciendo los consumos de tabaco. Hay doscientos mil fumadores menos en este país, y eso implica una reducción gigantesca de los gastos de salud. Si eso no es un éxito, no sé qué lo podrá ser.

SEÑOR PIÑERO.- ¿Por qué nos oponemos al monocultivo o cualquier forma de comercialización de la marihuana? Primero, porque aumenta la accesibilidad. Si afuera ponemos un puesto de medias, capaz

que alguno se compra un par cuando sale, porque están ahí. El tema de que las sustancias o cualquier producto estén más al alcance de la mano de la gente aumenta su consumo, y eso está demostrado.

Si aumenta la accesibilidad también aumenta la posibilidad de que más gente consuma y pueda convertirse en adicto. Además, acá hay un dato muy importante proporcionado por la Junta Nacional de Drogas. Según una investigación que hizo dicho organismo, de cada diez personas que probaban marihuana cinco continuaban su consumo ininterrumpidamente o por largos períodos, y tres de cada diez consumidores habituales, confiesan tener una adicción psicológica que no pueden controlar.

Estos son datos de la Junta que demuestran el alto potencial adictivo que tiene la marihuana.

Hay otra cosa importante de saber sobre la marihuana. Si bien no todo consumidor de marihuana termina consumiendo otras drogas, nuestra experiencia clínica indica que un altísimo porcentaje de los consumidores de otras drogas pasó por la marihuana.

SEÑOR CASTRO.- El tema es el siguiente. Como la marihuana termina desarrollando depresión en un 80% de los consumidores, llega un momento en que el consumidor va a buscar un efecto contrario y, generalmente, se pasa a un efecto euforizante. Por eso busca el consumo de cocaína. Hay estudios y revistas especializadas en el mundo que demuestran los porcentajes a que hizo referencia el señor Piñero.

SEÑORA PRESIDENTA.- Su concepto lo entendí; me quedan quinientas mil preguntas. Por ejemplo, si es la marihuana la que produce depresión o es la persona la depresiva y la marihuana ayuda. Me parece que es diferente.

También me quedan dudas si entienden que la política de reducción de riesgos es solamente cambiar una droga por otra

SEÑOR PIÑERO.- No; eso es una parte.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es lo que yo escuché decir al señor Castro.

SEÑOR PIÑERO.- Una de las herramientas que utiliza la política de reducción del daño es el cambio.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay que definir bien.

SEÑOR PIÑERO.- La puedo definir toda, porque la estudié y conozco muy bien la política de reducción del daño. Por ejemplo, promueve la legalización de las drogas. Otros fracasos de la política de reducción del daño fue el recital de Durazno. El recital de Durazno se dejó de hacer. ¿Por qué? Porque por más que había carpas no alcanzaba, no funcionó la política de reducción del daño.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ahí lo que desbordó fueron otros problemas y no la política de reducción del daño.

SEÑOR PIÑERO.- Para nosotros los resultados son los que mandan. Ahí el problema que los desbordó fue el consumo de sustancias, porque se aplicaron esas políticas.

SEÑORA PRESIDENTA.- No puedo manejar números, pero no vamos a discutir eso.

SEÑOR PIÑERO.- Nuestra posición es opuesta a las políticas de reducción del daño, pero sí la aceptamos como una estrategia puntual; no como una política global. Esa es nuestra posición.

¿Qué consideramos un tratamiento? Siempre se habla de que cada adicto es un mundo. Esta es una frase que venimos escuchando hace mucho. Pero también cada engripado es un mundo y cada fracturado es un mundo. Nosotros entendemos que decir que cada adicto es un mundo es una forma de decir que no hay un

tratamiento global para los adictos, porque cada uno de ellos precisa un tratamiento distinto. Nosotros pensamos que hay un tratamiento universal, como lo hay para la gripe, tomando antigripales y haciendo reposo. También para la adicción hay un tratamiento universal, que es concebirla como una enfermedad involuntaria y crónica, con una fuerte implicancia de los grupos de autoayuda. Nuestro éxito terapéutico radica en gran parte en dirigir a las personas a los grupos de autoayuda. Eso redunda en personas que no solamente dejan de consumir sino que se vuelven multiplicadores de salud, porque desde el mismo grupo van ayudando a otros. ¿Cómo vemos esto? Como el principio antígeno que es un principio médico: para hacer una vacuna se precisa el virus, para hacer un antídoto, se precisa el veneno, y para ayudar a un adicto se debe someterlo a un proceso de transformación y desde ese lugar nuevo ayudará a los que siguen mal. La principal causa que hace que estos grupos sean efectivos es que tienen el veneno y el principio inverso de recuperación para ayudar a los que siguen enfermos.

Por último, para cerrar, creemos que estamos padeciendo el efecto péndulo, después de haber sufrido una atroz dictadura, con excesos normativos y excesos de represión. Hoy estamos conduciéndonos hacia un lugar donde hay excesos de permisividad y excesos en los derechos. Estamos frente a una crisis, pero no de valores, sino de autoridad. Ese es el mensaje que queremos dejar. ¿Por qué ante una crisis de autoridad? Porque en las escuelas mandan los alumnos, en las fronteras los piqueteros, en las casas los niños y en la cárcel los presos; mandan los que no tienen que mandar. Así estamos y así seguiremos si no ponemos un poco de autoridad a nuestra sociedad. Con la droga pasa algo parecido; no pasa con el tabaco.

SEÑORA MARTÍNEZ.- Estamos pasando por un momento de crisis en la sociedad, en la familia, en las instituciones, en la enseñanza. Sin autoridad no hay orden, y si no hay orden en el sistema, respeto y amor entre las personas que pertenecen a ese sistema o a esos sistemas son como ciegos, porque no está el orden. Entonces, lo que proponemos es autoridad, orden, respeto y amor. Todo esto al servicio de la vida.

Voy a mencionar una frase de Oscar Bottinelli, que muestra cómo podrían llegar a ser las cosas según nuestra visión. Todo lo que hemos expuesto son opiniones, nuestras, de Piñero, del grupo, Oscar Bottinelli dice que en un mundo tan diverso como capacidad clasificatoria tenga el observador ustedes, nosotros decir que la razón la tiene uno u otro, o el de más allá, no es una afirmación fuera de toda duda, sino más bien una toma de partida por una cosmovisión del hombre y de la sociedad.

SEÑOR PIÑERO.- El próximo lunes a las 18 y 30 en el Ateneo vamos a hacer una presentación de nuestra forma de ver la asistencia en la droga dependencia. Están todos invitados.

SEÑOR LACALLE POU.- Me estimularon al mil por mil, y de forma positiva. Como decía el otro día, nadie como el que lo padeció o lo tiene cerca diariamente para tener una visión siempre profunda, pero a veces menos abarcativa. Es entendible, es lógico y es la tarea, y eso acarrea una sensibilidad distinta. Hay temas médicos que no voy a discutir no sería tan imprudente, pero hay temas de la realidad que no comparto, por lo que sugiero que vengan de nuevo. Quiero leer la versión taquigráfica y luego volverlos a convocar. La verdad es que me tengo que ir y la charla me generó muchas interrogantes. Hay cosas que tengo que reafirmar y otras que quiero discutir y no dejarlas pasar, por experiencias personales, de amigos, y porque me he dedicado a tratar de recorrer y a estar cerca de la gente que es adicta. Me parece que a veces se va hacia la patología y no hacia la droga. Ustedes tratan con la patología, que es el nucleo duro; yo tengo que levantar un poco la mira. Celebro que ustedes estén en esto porque si no el mundo estaría mucho peor.

Reitero que me gustaría que vinieran de nuevo a la Comisión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Todos los visitantes nos generan pensamientos, preguntas, reflexiones, contradicciones. Eso es lo normal en un intercambio. Vamos a tomar su solicitud y lo resolveremos en la interna de la Comisión. No corresponde resolverlo en presencia de la delegación. Tal vez haya otras organizaciones que hayan conmovido mucho a otros Diputados. No obstante, tiene toda la libertad de comunicarse personalmente con la delegación, por ejemplo, concurriendo a la actividad del Ateneo a la que fuimos invitados.

SEÑORA PRESIDENTA.- De acá debe salir un informe al plenario de la Cámara, lo que implicará discutir mucho. Es muy probable que volvamos a tener algún otro contacto.

SEÑOR PIÑERO.- La verdad es que debe ser bravo estar en el lugar de ustedes porque no solo van a encontrar opiniones diferentes sino también opiniones antagónicas. Generar un único criterio partiendo de posiciones antagónicas debe ser bravo.

Quizás tengamos informar que hay posiciones antagónicas y que lo mejor sería, como entiendo que se trata de un problema de salud y no judicial, protocolizar a través del Ministerio algunas bases mínimas. Eso lo tenemos que debatir. No somos nosotros los todopoderosos que vamos a decir "esto está bien" o "esto está mal".

Les agradecemos los aportes.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación Civil sin fines de lucro "Ser Libres")

—— Se pasa a intermedio hasta la hora 13 y 40.

—— Continúa la reunión.

(Es la hora 13 y 40)

—— La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de Madres de la Plaza, integrada por las señoras Cristina Freda y Rocío Villamil y por el señor Sebastián Sarutte.

SEÑORA VILLAMIL.- En primer lugar, agradecemos la audiencia.

Se han corrido versiones de que esta Comisión estudiará todos los proyectos que se planteen, por lo que queremos hacer una aclaración. Madres de la Plaza no trabaja con las adicciones en su totalidad. Nosotros hacemos hincapié en el problema de la pasta base. Madres de la Plaza no lucha en contra de la pasta base, lucha en contra del impacto social que ha provocado la pasta base. Uno no puede estar en contra de una sustancia y salir a decir medio a lo loco determinadas cosas porque después habrá que replantearlas.

Somos un movimiento social que nació el 1º de julio de 2006. Al principio, surgió como un movimiento de denuncia que se reunía en la Plaza del Entrevero, los sábados a la hora 13. Había un rumor que decía que se habían aumentado las bocas de venta, pero nadie lo decía. Entonces, nosotros decidimos decirlo entre todos y asumir la responsabilidad colectivamente.

Pusimos varias cosas arriba de la mesa. Nos sorprendió gratamente encontrar la plaza llena de gente que se escudaba en esas madres que, con inconsciencia, planteaban denunciar esas bocas; nos traían las direcciones. Lo fundamental es que se pusieron las cosas arriba de la mesa y se empezó a hablar por primera vez de la pasta base, separándola del resto de las sustancias. Históricamente, hemos convivido con el alcohol, con la marihuana, con la cocaína, que no han tenido el impacto social de esta sustancia en particular.

Hicimos un proceso bastante interesante: de ser un movimiento de denuncia, pasamos a ser un movimiento de investigación, ya que se partió de la premisa de que es un problema de todos y que todos debemos colaborar. Empezamos a investigar cómo se estaba tratando este fenómeno en otras partes del mundo. Encontramos respuestas fantásticas de lugares concretos, donde el tema se trata de modo diferente a como lo enfocamos nosotros y se separan las sustancias de acuerdo con el impacto que tienen y el deterioro que ocasionan. Encontramos un buen proyecto en Estados Unidos. En Cuba y Chile también se trabaja al respecto. De todos estos proyectos armamos uno que supongo tienen todos los legisladores, que es el proyecto de devolución. Esta iniciativa no es de recuperación, sino de readaptación. Se trata de reaprender, no solo el adicto sino la familia, y para eso tiene que haber un proceso de separación del entorno. Hay un proyecto piloto para que los adictos construyan ochenta viviendas; se trata de adictos en situación de calle, con uso problemático de la sustancia, entre dieciocho y veintinueve años.

Desde 2007 venimos pidiendo un predio para realizar esto. No pedimos dinero, o sea que aquel argumento de que no hay recursos no funciona con nosotros. Lo único que solicitamos es un predio para desarrollar un

proyecto piloto que parte de la sociedad civil organizada, que quiere realizar cosas para colaborar. Aunque sirva o no, hay otra perspectiva sobre el tema. Hasta ahora lo que hay no sirve. Entonces, tratemos de ver si se pueden mejorar las cosas. Estoy hablando exclusivamente de la paste base. Nosotros no hablamos de otras sustancias porque sería entreverar mucho las cosas y entrar en otras discusiones que no tienen sentido, por lo menos para nosotros.

A partir de la experiencia de conocer otros tratamientos, nos empezamos a dar cuenta de que la familia tiene que empezar a atenderse antes que el adicto, y a esos nos abocamos. La familia debe entender que la adicción a este tipo de sustancias es una enfermedad crónica, genética y hereditaria; es muy embromada y tiene impacto social. Esto lo tenemos avalado por un grupo de neurólogos que ha trabajado sobre lo que estamos diciendo; no es un invento, no se nos ocurre a nosotros. Tenemos explicaciones profesionales y también caseras. Tampoco se entiende mucho que en una familia con cinco hijos, uno sea adicto, habiendo sido educados todos de la misma manera. ¿Cómo puede ser? Estamos encarando esto por el tema de la propaganda, de recargar las pilas sobre la familia haciéndola absolutamente culpable y no responsable; la familia es corresponsable, no culpable. Con la pasta base esto se nos fue de las manos.

Nuestro planteo es trabajar con las familias para que entiendan que se trata de una enfermedad, para que sea tratada antes que el adicto, para que si el adicto todavía no llegó a la recuperación, que la familia empiece a acercarlo hacia la recuperación, a marcar el límite, a reaprender. En el proyecto se establece que la familia no podrá ir a visitar a su hijo —que no puede salir del predio, en él va a recibir educación, tratamiento, recreación, va a estar en la construcción de la vivienda— si no está haciendo la recuperación. El proyecto es mucho más largo, pueden preguntar lo que deseen. Estamos dando un pantallazo general respecto a qué nos dedicamos como grupo social.

Estamos recorriendo el interior hablando con las familias y allí es complicado porque la vergüenza es mucho más grande que acá, porque todos se conocen, entonces, no se animan a decir que tienen un hijo adicto, parece que es un problema, un pecado. Entonces, cuando una dice: "Yo soy mamá de un adicto", viene el tema de la propaganda: "¿cómo será esta mamá?". "Tiene un hijo adicto; qué terrible". "¿Qué habrá hecho?". Capaz que lo hicimos, pero el tema está instalado, entonces, ¿qué hacemos? Cuando mi familia decía: "Pero vos tenés la culpa". Yo estaba atormentada, hasta que un día dije: voy a cambiar el discurso y voy a decir: "Bueno, sí, yo soy culpable. ¿Y ahora qué hacemos?". El tema es de aquí hacia delante, el tema está instalado y no hay vuelta atrás. Entonces, por más que revisemos y busquemos, que queramos encontrar a la familia Ingals que nunca existió en el Uruguay no la vamos a encontrar; este tema ya está instalado. A partir de ahora, ¿qué hacemos?

Vemos que todo es muy lento, que hay una discusión teórica de las cosas. Cuando presentamos este proyecto de ley sobre el que se trabajó con todos los Partidos políticos, teníamos por lo menos una herramienta legal para poder hacer determinadas cosas. Cuando se creó esta Comisión y se nos dijo que se iban a discutir los proyectos, dijimos: "Bueno, por lo menos hay una apertura al tema", y por eso estamos aquí.

SEÑORA PRESIDENTA.- La moción que se aprobó nunca fue de discusión legislativa. Tal vez recibieron una información equivocada.

Se trata de elaborar un informe sobre la situación con todas sus puntas y diversidades. Tal vez el informe concluya en que es necesario legislar, pero nunca fue el objetivo considerar en esta Comisión proyectos. La Comisión está abocada a hacer un estudio, dentro de un plazo, que tiene que arribar a conclusiones. Tal vez, no sé, después de la discusión recomendemos ciertas áreas legislativas que pasarán a las comisiones pertinentes. Esta no es una Comisión legislativa.

Lo digo para aclarar, para que no sigamos con las confusiones.

SEÑORA FREDA.- Es la confusión que tuvimos todos porque pensamos que los proyectos se iban a discutir en la Comisión. Disculpen nuestra ignorancia, pero es lo que creyó el mundo.

SEÑORA VILLAMIL.- Cuando recién salimos, todo lo que pasó fue muy fuerte, empezando por el nombre; se armó todo un problema con el nombre porque eran "Madres de la Plaza" y todo el mundo lo asociaba a las "Madres de Plaza de Mayo". Por suerte, luego tuvimos el aval de las Madres de Plaza

de Mayo con el nombre que nos dijeron que nuestros hijos también eran desaparecidos en vida. Fue terrible explicarlo; cuando veían a este grupo de madres, veían al enemigo.

En realidad, siempre, desde el primer momento, lo que pretendimos fue sumar, a tal punto que durante más de un año trabajamos en una comisión integrada por la Junta Nacional de Drogas, por el Ministerio del Interior, por la Brigada de Narcóticos y por un grupo de psicólogos. Aparentemente, el ámbito era para canalizar las denuncias que nosotros hacíamos. Durante un año y medio trabajamos con el tema de las denuncias, cuando estábamos obsesionados con las denuncias; por suerte ampliamos el terreno, si no nos enfermábamos. Pero tampoco se logró demasiado. Fue complejo el funcionamiento de esta comisión porque cada uno planteaba su postura y a partir de ahí teníamos que reunirnos para comenzar a trabajar. Ese era el objetivo de esa Comisión.

Ahora seguimos por nuestro lado, haciendo denuncias; inclusive, la semana pasada tuvimos una reunión bastante interesante con el Ministro Bonomi. Este movimiento tiene una particularidad: no critica sino que tiene una propuesta de cambio; no vamos a plantear nada si no tenemos algo que proponer. ¿Esto está marchando mal? ¿Cómo podemos solucionarlo? La propuesta fue que se instalara una pequeña oficina del Ministerio del Interior para recepcionar las denuncias, de modo que lleguen directamente a los Jueces y no pasen por las Comisarías, donde a veces se pierde alguna información; parece que alguna gente se distrae.

Por otro lado, la semana pasada planteamos al Ministro Olesker que se instrumentara una política para enfrentar el problema de la droga, para asumir la adicción como una enfermedad y para que se le diera el tratamiento correspondiente. Las familias también tienen que atenderse, y eso no puede depender de que el adicto se atienda o no.

Desde que empezamos estamos abiertos a participar y a colaborar en todo, pero la verdad es que nos despistamos porque, por un lado, se dice que hay que trabajar con la sociedad civil, pero cuando la sociedad civil quiere aportar se le dice que no. En ese punto se nos corre el discurso.

SEÑORA FREDA.- El tema del tratamiento de la familia no es un problema de egoísmo. Cuando se manda a un adicto a desintoxicación se le hace un tratamiento que puede durar cinco días o un mes, pero después vuelve con su familia, y esta no está preparada para recibirlo y, además, soporta la estigmatización de su entorno social. Además, los integrantes de esa familia deben salir a trabajar; no pueden quedarse en su casa a cuidar a un adicto que algunas veces es un chico, pero otras es un adulto de veintiocho o treinta años que nunca en su vida ha salido a trabajar; es el caso que enfrentan algunas madres que conocemos.

Entonces, si la idea es rehabilitarlos, hay que buscarles una ocupación; la sociedad no puede darse el lujo de mantener a un parásito, a un enfermo que está potencialmente preparado pero que no trabaja. Hay que tener en cuenta que muchísimos de estos adictos no son marginados; este fenómeno se da en todos los estratos sociales. Además, muchas veces se trata de individuos que han recibido formación y que son inteligentes, pero por supuesto que esa inteligencia se va deteriorando.

Hace poco, Rocío fue a un encuentro que se realizó en la Facultad de Medicina, en el que se emplearon ecografías e imágenes de cortes transversales del cerebro para explicar que recién después de transcurridos seis meses de tratamiento el cerebro está permeable como para empezar a tener algunos resultados.

SEÑORA VILLAMIL.- Y hay que tener en cuenta que debe esperarse todo ese tiempo para poder empezar a hablar de una desintoxicación.

SEÑORA FREDA.- Además, no es lo mismo la situación de un alcohólico que la de un adicto a la droga; cada problema requiere distintos tiempos de tratamiento.

SEÑOR SARUTTE.- En ese estudio que se presentó en la Facultad se explicaba que cuando uno ingiere sustancias como la pasta base y la cocaína se inhibe la recaptación de la dopamina, que es un neurotrasmisor que funciona como precursor de la adrenalina que está en todo el sistema simpático. Al inhibir la recaptación de dopamina, el organismo sufre una excitación continua; esto ocurre con el clorhidrato de cocaína. En el caso del sulfato de cocaína, el principio activo es el mismo que el de la

pasta base y del crack; por eso se trata de recabar información en algunos países que, aunque no tienen consumo de pasta base, sí enfrentan el de crack.

Cuando el individuo empieza a consumir en forma continuada los receptores de ese neurotrasmisor comienzan a ser cada vez menos. En esto está la base del principio de tolerancia, y esto es lo que afecta a los adictos. Entonces, para lograr el mismo efecto el adicto necesita consumir más, porque cada vez tiene menos receptores y el organismo no puede funcionar de modo normal hasta que no vuelva a consumir.

Esto no quiere decir que haya que tenerlos seis meses encerrados en un manicomio; lo aclaro porque me lo han planteado. La idea es un período de desintoxicación, lo que está definido como el tiempo que demoramos en depurar la sustancia del organismo; con eso empezamos. Decimos que hasta los seis meses el individuo no va a poder tener un funcionamiento normal, y en ese período es cuando necesita más contención. Luego tiene lugar un período de readaptación, pero esto no es absoluto.

Hay distintos tipos de rehabilitación y diferentes sistemas y métodos que funcionan con distintas personas. No hay un método infalible y mágico que vaya a servir para todos los adictos; cada uno necesita uno específico y hay centros con diferentes métodos. Por ejemplo, un adicto que no se recupera en "Manantiales" que es un centro fantástico, tal vez sí lo logre en una comunidad religiosa porque el tipo tiene fe y eso es lo que lo ayuda. Recordemos que la adicción es tanto psicológica como física y que no nos podemos quedar solo con los aspectos médicos.

A veces me gusta decir que en cuanto a la adicción, principalmente en el caso de la pasta base, no se puede hablar de rehabilitar en uno, dos o tres años, porque estamos frente a un fenómeno crónico al que hay que considerar como una enfermedad autoinmune, que funciona con empujes y remisiones. El individuo será de por vida inestable emocionalmente y ante cualquier situación estresante tenderá a volver a apoyarse en su fiel compañera: la droga. Y no hablamos solo de la pasta base, porque estos individuos consumen lo que se les cruza; la pasta base fue la última en aparecer.

SEÑORA VILLAMIL.- Nosotros no nos metemos en el tema del consumo y diferenciamos muy bien entre consumo y adicción; no tiene nada que ver una cosa con la otra. La adicción es un fenómeno distinto del consumo, que es lo que hace cualquiera de nosotros cuando toma mate o café.

SEÑOR SARUTTE.- Esa diferencia está definida psiquiátricamente; es la misma que la que hay entre un bebedor social y un alcohólico.

SEÑORA VILLAMIL.- Nosotros insistimos en que, más allá del y la marihuana, una de las puertas de entrada a la adicción puede ser una situación. Por eso, ante el Ministerio de Salud Pública explicamos que los médicos saben que a los cinco años puede hacerse un estudio que permite indicar quiénes pueden tener conductas potencialmente adictivas. El hecho de conocer esa información permitiría que uno recargara las tintas en el cuidado de ese niño y se podría estar prevenido.

Cuando se dice que no se quiere gastar, debemos darnos cuenta de que esto es una inversión y no un gasto. Estamos previniendo gastos más grandes. Hay que abrir la cabeza y entender que cuando hablamos de adicción no hablamos de consumo. Es lo primero que nos preguntan a todos los lugares donde vamos: ¿y qué opinan sobre la legalización de la marihuana? Nada; de hecho, hoy está todo legalizado y todo el mundo consume lo que quiere. Nosotros no opinamos nada. Sabemos que es una puerta de entrada y que por más que se legalice, al enfermo que consume pasta base le pueden legalizar absolutamente todas las drogas del mundo y ponerle toneles de marihuana alrededor que lo único que se le va a ocurrir es venderlo para comprar pasta base. Lo tenemos clarísimo: no va a bajar para nada el consumo de pasta base. O sea, se puede legalizar como se hizo con el alcohol; el que consume pasta base no siempre consume alcohol. Es más: después de que conocen la pasta base largan absolutamente todo y se dedican a esto. Ya no quieren tener romance con ninguna droga. Sabemos de gente que ha consumido cocaína durante muchos años y llevaba una vida relativamente normal, que al enfrentarse la pasta base la consumió, se enganchó y perdió todo lo que había podido sostener hasta ese momento.

SEÑOR ITURRALDE.- Sé que la opinión de ustedes es contraria a la legalización de la marihuana. En realidad tienen posición fijada en el sentido de que no tienen opinión. Pero mi pregunta es: ¿no creen

que por el hecho de que exista otro tipo de drogas menos nocivas se pueda llegar a no consumir pasta base?

SEÑORA VILLAMIL.- No, es lo que acabo de explicar. Realmente, el que llegó a la pasta base no vuelve a la marihuana; podrá coquetear fumándose un porro de vez en cuando, pero, en realidad, no le interesa para nada la marihuana. Los efectos son completamente distintos. El que llegó a la pasta base buscando determinada cosa no la va a encontrar jamás en la marihuana, que es un inhibidor: lo baja, no lo acelera, que es lo que busca el que consume pasta base.

En realidad, no tenemos posición tomada, porque fue una cosa con la que se convivió, sobre todo en nuestra generación, y fue de lo más normal. Si alguno podía quedar enganchado con la marihuana tampoco era tan nocivo el impacto social. De repente se podría solucionar con lo que se hace con el alcohol para los gurises que están manejando y controlar que no abusen de esa sustancia porque los dejan en otro estado, haciendo una espirometría para la marihuana a fin de prevenir accidentes. Capaz que está bueno y se puede solucionar así. Pero va a seguir existiendo.

A nosotros lo único que nos preocupa es el argumento de que si planto va a ser mejor y más sana. Si yo planto, varios kilómetros de marihuana no me la voy a fumar toda yo, se va a tener que vender. Además, el pobre tipo que vive en una pensión, ¿no tiene derecho a fumar marihuana? Pero ¿dónde la planta? Tendrá que comprarla igualmente. Es muy difícil controlar quién no la vende. Bueno, pero esto es como con el alcohol: no se puede vender a menores de dieciocho años y sabemos que se vende igual. Es muy complicado controlar eso.

No es el momento. A nosotros nos parece una gran distracción plantear el tema de la discusión de la marihuana, porque no es lo que está embromando: nadie se queja de la gente que la consume, que lo asaltó y lo tiró.

SEÑOR BAYARDI.- Me parece interesante el encare que se dio al tema y dejo constancia de que en el seguimiento que hice acerca de las posiciones que han mantenido he visto un grado de evolución muy positivo de la reflexión que hace el colectivo de madres que ustedes integran.

Comparto el tema de la separación y del punto focal que ustedes centralizan. También comparto, dentro del punto focal, el tema de separar la adicción del consumidor, que, para el caso de la pasta base, se superpone prácticamente en el orden del 100%. No todos los consumidores son adictos en el conjunto de las sustancias que el individuo ha consumido a lo largo de la evolución de la humanidad. Pero es claro que el tema de la pasta base, por sus mecanismos de acción, transforma al consumidor en adicto con una velocidad espeluznante. Digo esto porque también ha sido un eje en lo que ha tenido que ver con las políticas de represión instaladas, por lo menos en la parte en que me tocó actuar con responsabilidad dentro de la Administración: había un combate al conjunto de las drogas psicoactivas catalogadas como tales y había una focalidad muy grande en la pasta base, por lo que ustedes explicaban.

Quiero dejar constancia de que he visto una evolución muy positiva desde el punto de vista de la reflexión sobre la complejidad del fenómeno.

De todos modos como ya lo explicó la señora Presidenta, esta es una Comisión que va a terminar elaborando un informe y que podrá recomendar ciertas líneas de acción a distinto nivel, inclusive en instancias legislativas. Si hubiera que llevar adelante una instancia legislativa, las Comisiones Permanentes deberán abocarse si así lo resuelve el Cuerpo a legislar particularmente.

De todas formas, compartiendo la discriminación que ustedes hacían en el tema de la droga y de cómo pararse frente al fenómeno, y más allá del proyecto que presentaron para que pueda servir de síntesis a la Comisión, me gustaría saber cuáles entienden que son, desde su experiencia, las líneas centrales de acción en lo que refiere al tema específico de la paste base. Más allá de que no se pidan más recursos, ¿cuáles son las líneas de acción que ustedes creen que se deberían encarar?

Obviamente, dijeron en la exposición realizada y figura en el material que alcanzaron y que plantearon al Ministerio de Salud Pública lo que se debe realizar desde el punto de vista terapéutico y sabemos que se han analizado los períodos de abordaje de la desintoxicación. Comparto el hecho de que no hay enfermedades

sino enfermos, y que el comportamiento y la interacción individual desde el punto de vista psicofísico y social determinan que los individuos son diferentes no solo ante esta patología de la adicción, sino también ante otras biológicamente más encaradas como enfermedades "naturales", entre comillas. De todos modos, a manera de resumen, deseo saber cuáles son los centros focales que, a punto de partida de su experiencia, entienden que se deberían encarar para esto.

Recordemos que hubo una primera etapa en la que la demanda de ustedes era el cierre de las bocas de venta. Esto, además, había sido acompañado de un incremento de la incautación muy grande en el Uruguay en el último período. No podemos saber si en realidad el porcentaje de lo incautado valía mucho porque muchas veces no sabemos cuánto va entrando. Es como las desviaciones de las vías de circulación de la droga a punto de partida de lo que ha sido la lucha contra los propulsores para que no llegaran al punto de origen; después, en vez de llegar a la purificación de clorohidrato de cocaína se dieron cuenta de que con otros mecanismos intermedios tenían niveles de rentabilidad grande, y el narcotráfico también desvió las rutas de circulación. Este tema lo estamos discutiendo en otras instancias y con parlamentarios de otras partes del mundo, de las zonas de los consumidores del clorhidrato, no así de la pasta base.

Quisiera saber qué es lo que ustedes entienden que se debería implementar en las áreas terapéutica, social y represiva. Nosotros lo compartiremos o no, pero creo que sería el mejor aporte para la reflexión que tiene que hacer la Comisión.

SEÑORA VILLAMIL.- Es cierto: cuando recién comenzamos era como una especie de obsesión el tema de las bocas de venta. Y acá viene algo muy embromado, pero lo tengo que decir.

Dentro del proceso que nosotros pasamos nos hemos encargado fundamentalmente de las familias, porque vimos que no había ningún lugar de contención. Paralelamente a eso aunque seguimos haciendo hincapié en el tema de las bocas hubo dos cosas importantes a tener en cuenta en el área de represión

Una de ellas es que un día nos despertamos y dijimos: "Y si se cierran mágicamente todas las bocas, ¿qué hacemos con todos los consumidores sin nada de sustancia? Esto realmente va a ser una guerra civil, porque los gurises van a estar desesperados buscando la sustancia por todos lados y no la van a encontrar". Entonces, eso tiene que ser gradual.

Pero otra cosa, más grave aún, es que nosotras tuvimos una reunión con el señor Prosecretario de la Presidencia y la respuesta que nos dio fue preocupante. En esa reunión, aparentemente lo único que interesaba saber a la Prosecretaría de la Presidencia era por qué nosotras estábamos en contra de la Junta, cosa que no es verdad. Nosotros no estamos en contra de nada: siempre dijimos que estamos para sumar. Esto no quiere decir que uno no plantee aquellos puntos en los que discrepa. Lo más preocupante fue la respuesta que se nos dio. Me gustaría ser textual, pero voy a decir la idea porque no recuerdo las palabras exactas. Lo que se nos dijo fue que en realidad no se cerraban las bocas de venta porque crecía el desempleo. Eso nos preocupó sobremanera. Se lo trasmitimos al Ministro Bonomi, que nos dijo: "A mí él también me preocupa".

SEÑOR BAYARDI.- ¿Eso fue ahora?

SEÑORA VILLAMIL.- Sí. Esa entrevista fue en mayo de este año.

Como decía, mantuvimos una entrevista con Diego Cánepa, Prosecretario de la Presidencia, en la que la idea era plantear a la Junta Nacional de Drogas en qué podíamos colaborar. Lo primero que se nos preguntó fue por qué estabamos en contra de la Junta, cosa que nunca dijimos. Paralelamente a eso, el comentario fue como que no insistiéramos en el cierre de las bocas de venta de pasta base, porque si se cerraban, crecía el desempleo. Es muy grave que se nos diga eso a nosotros. Y sí lo dijeron.

Nos pidieron un plazo de veinte días para volver a reunirnos y charlar nuevamente este tema, debido a un viaje que tenían que hacer a Vietnam. No nos llamaron más. Nosotros consideramos que después de esa respuesta tampoco teníamos que llamar para hablar, porque eran posiciones totalmente distintas.

Si a mí me dicen que llegaron al convencimiento de que no se pueden cerrar las bocas porque los gurises se pueden desesperar, ahí lo entiendo. Pero este argumento no lo podemos pasar por alto.

SEÑOR BAYARDI.- Yo integré la Junta Nacional de Drogas en el Período anterior y desde ya que esta respuesta me parece un reverendo disparate.

En la Junta Nacional de Drogas del Período anterior se empezó a hablar del tema de la guerra a las drogas. Se dio una discusión. La Junta estaba dividida en dos no en dos posiciones, sino ámbitos: los Ministerios que estaban abocados a la parte de atención a la drogadicción y los Ministerios que tenían que atender la parte del combate al narcotráfico. Discutimos mucho la categoría de guerra, que siempre es algo complicado. Empezamos a plantear este tema al inicio y después fuimos disminuyendo la categorización para hablar públicamente de guerra.

Esto tenía varias situaciones complicadas. En primer lugar, en el tema de las bocas de venta había una situación que era evaluada no solo en cuanto a qué hacer con los muchachos que siendo consumidores no tienen posibilidad, sino que llegó a haber otra definición, que era la de que aquí había que pegarle a los grandes que medraban con el tema del narcotráfico, que llevaban adelante el fenómeno de introducción de la droga en el país. ¿Por qué? Porque había una cuestión en la que uno cerraba una boca de venta, detenía a su distribuidor y después tenía a la mamá de la distribuidora o el distribuidor, a la compañera, al compañero o al niño, distribuyendo a dos casas de por medio.

Yo no voy a sacar de la discusión aspecto que también se combatió institucionalmente, y me consta, dentro del Ministerio del Interior en su oportunidad el tema de que hubiera cierto grado de connivencia entre quienes debían combatir el delito y quienes están en el negocio del narcotráfico, que, como sabrán, es un fenómeno lento.

Yo siempre cuento una historia: que veníamos con ciertas tendencias inerciales en la sociedad de admisibilidad de conductas, y hubo que combatirlas. Entonces, el centro focal del combate dentro de la parte represiva que era la que yo más atendía a pesar de que soy médico de profesión, pero las responsabilidades en el Ministerio de Salud Pública las tenían otros era el de que había que pegarle duro a los grandes distribuidores, que eran los que tenían los mecanismos de entrada de la droga en el país. En realidad, cerrar una boca implicaba que se abrieran dos o tres para la sobrevivencia de los que quedaban, sobrevivencia que muchas veces no solo era determinada porque se podía vender y obtener recursos, sino porque los distribuidores intermedios les pagaban para que mantuviera abiertas las bocas de venta en la zona. Este era un punto. Y el otro era el tema de la utilización de esas bocas como áreas de recopilación de información, o sea, áreas de inteligencia.

Digo esto para dejar claro lo que fue mi experiencia, que no tiene nada que ver con la respuesta que ustedes recibieron.

SEÑORA VILLAMIL.- Nosotros siempre entendimos eso, que se trataba de ir al distribuidor grande. Ahora, ¿cuál es el problema que tenemos en la diaria? Nuestros hijos van a la boca de barrio, y ese es un tema que lo ve todo el mundo y a nosotros nos preocupa por el tiempo que se pierde.

Nosotros hacemos una comparación con una empresa azucarera. Si vende un producto en mal estado, se cierra la fábrica y eso está bueno, pero si nosotros cerramos todos los almacenes que están vendiendo esa partida de azúcar que salió mal y está contaminando, la fábrica no va a poder distribuir porque no tiene por dónde hacerlo. A nosotros nos interesaban los almacenes de barrio, que es a los que nuestros hijos tienen acceso. Mientras llegamos a los dueños de la fábrica, pasa un tiempo impresionante.

También es cierto que nos preocupa que no se haga rápidamente, porque en ese camino del combate al narcotráfico tenemos que desarrollar soluciones de qué hacer con nuestros hijos cuando no esté la sustancia. Debemos tener lugares donde ponerlos y acá voy a ser muy cruda separarlos de la familia, que es su entorno inmediato y que a veces está más enfermo que el propio adicto. En nuestro grupo hay madres de hombres de treinta y cinco o cuarenta años que hablan del "nene".

De repente no se entiende esta enfermedad; solo el que convive con ella se da cuenta. Nosotros la llamamos codependencia a la enfermedad de la familia y, a veces, esas mismas madres piden un tratamiento, pero en el fondo no quieren que salgan porque eso les corta el vínculo adictivo a ellas.

Entonces, lo primero que hay que hacer es separar esa enfermedad que está instalada en la familia. Pero separarla, y tratar por un lado a la familia y, por otro, al adicto, por lo menos durante un año, y después se verá. De pronto esa misma familia resuelve que no pueden convivir pero pueden tener una muy buena relación familiar sin estar bajo el mismo techo, y eso es muy sano. Cuando una mamá llega desesperada, es muy criticada cuando dice: ¡Por favor, intérnenlo! "¡Sáquenmelo! ". Es tal cual; lo que quiere es que se lo saquen. No puede más. Y eso no la hace mala madre, ni que no lo quiere ni que lo abandone: no tiene herramientas para convivir con esa enfermedad. Si no la tienen en este momento los centros de recuperación, muchísimo menos una familia que lo primero que hace es negar el consumo. Si encima la sociedad le carga con culpas, ¡imaginen el tamaño de esa mochila!

Van a encontrar muchos grupos que tratan este tema. Nosotros tenemos la particularidad de que jamás damos testimonio. Incluso, a veces nos preguntan si todos tenemos familiares.

SEÑORA FREDA.- Muchos de los integrantes de nuestra organización ni siquiera tienen hijos. Hay muchísimos hombres. Fuimos a una entrevista con el señor Castillo, del PIT-CNT, dijo que lo primero que le asombraba era ver que había dos mujeres y tres hombres. Ellos también dicen que son "madres de la plaza". No todas las personas que integramos el grupo tenemos familiares adictos a la pasta base, aunque sí probablemente a alguna otra sustancia que se está por legalizar.

Más allá de saber que muchos de los que hoy están consumiendo pasta base empezaron con el porrito cuando tenían catorce años, quiero contar una experiencia personal. Mis hijos iban a un colegio muy conocido de Malvín y se organizó un taller sobre adicciones que constaba de varias etapas: primero con los chicos, después con los profesores y por último con los padres. Bueno, yo fui al que nos tocó a nosotros

Lo daba una ONG muy conocida y después les voy a dar el nombre, porque acá no se trata de andar ocultando cosas. Salimos del taller y en casa empezamos a tocar el tema y mis hijos dijeron que la marihuana es mejor que el cigarrillo. Yo pensé que habían entendido lo que querían, que habían recibido una información y la habían procesado de otra manera. Sin embargo, ellos insistían en que así se lo habían dicho. Más allá de creer que habían extraído alguna cosa subliminal, que ellos entendían que era así y no lo era, cuando empiezo a trabajar en este tema y me reúno con la Presidenta de la organización de comunidades terapéuticas me dijo que esa organización hace apología de la marihuana. ¡Hace apología de la marihuana, no a mí o a un Diputado, sino a chicos de catorce, de dieciséis años!

Una cosa es hablar de si se legaliza la marihuana y otra es hacer apología de una sustancia a chicos que están formándose, y el doctor puede decir lo nocivo que puede ser eso. Esa organización es El Abrojo, y los colegios los invitan a dar una charla, los profesores los escuchan y todo el mundo loco de la vida. No sé si van a instituciones públicas; yo estoy hablando de un colegio privado de muchos años de existencia al que nosotros mandábamos a nuestros hijos para que se les dijera que no fumen cigarrillos pero sí un porrito de vez en cuando. ¡Un porrito de vez en cuando puede ser un porrito todos los días!

Yo no digo que todos los consumidores de marihuana vayan a terminar consumiendo pasta base, pero muchos de los que consumen pasta base empezaron consumiendo marihuana. De pronto, la marihuana ya no les satisfacía.

SEÑORA PRESIDENTA.- De pronto la retiraron del medio.

SEÑORA FREDA.- O se la retiraron y les dijeron: "Probá esto". El impacto que tiene sobre los chicos a edades tempranas es muchísimo peor.

Acá tenemos que decir que no es que estemos en contra de una institución. Pero si sus voceros que son tales porque la ley lo estableció están diciendo ciertas cosas, tal vez no estén preparados. Yo no los culpo ni considero que conozco todo del tema porque todos los días estoy aprendiendo algo, pero vivo en el Centro, en la Plaza Cagancha, y cada día veo a más gente viviendo en la calle. Cada vez hay más chicos jóvenes y no tan jóvenes que viven con su perrito, con su pareja. ¡Ya son familias que viven en la calle! A mí no me molestan; a mí me duele verlos. No soy de los que dicen que esto es espantoso por el turismo; a mí no me importa el turismo sino esas personas, esos seres humanos que se están perdiendo y que cada día se van a seguir perdiendo más.

Tal vez nos cataloguen de locas, pero me congratulo de ello si estoy trabajando por algo que considero justo. Más allá de eso, creo que no hay preparación ni siquiera a nivel de los encargados de la salud y de las clínicas terapéuticas. A veces, después de la internación se entregan los pacientes a la familia y si se ponen muy loquitos se les dice: "Probá con algo". Eso es así, y que nos desmientan.

SEÑORA VILAMIL.- Acá entramos al segundo punto que planteaba el señor Diputado Bayardi. ¿Cuál consideramos que podría llegar a ser una salida terapéutica?

Hemos tratado de recorrer todos los tratamientos que hay acá, públicos y privados. El tiempo de internación es uno de los temas, al igual que el acceso rápido. Acá se demora mucho para acceder a los tratamientos. Al respecto, hay varios casos. Por ejemplo, un chico pide ayuda hoy, pero no puede solucionar el problema inmediatamente. Tiene que esperar un mes para ser atendido, otro para pedir la evaluación, y recién después poder atenderse media hora una vez por semana. A la segunda vez, ya no va.

Y quiero decir que la voluntad no tiene nada que ver con esta enfermedad porque, precisamente, esta droga impacta primero sobre la voluntad, el amor y los sentimientos. La palabra voluntad pueden decirla una y otra vez, pero nosotros sabemos que no funciona.

SEÑOR BANGO.- Muchas gracias por venir y por la información que están brindando.

Usted dijo que el chico pide ayuda.

SEÑORA VILLAMIL.- Por supuesto.

SEÑOR BANGO.- Pero también hablaron de la voluntad.

SEÑORA VILLAMIL.- No es que pida por voluntad, sino por desesperación, porque no aguanta más.

SEÑOR BANGO.- Es decir que las adolescentes o los adolescentes, en función de la situación que están pasando, en algún momento piden ser atendidos.

SEÑORA VILLAMIL.- Sí, y no hay lugar de contención.

SEÑORA FREDA.- No necesariamente son adolescentes. A veces estamos hablando de adultos, que es otra cosa.

Yo, que revisé la versión taquigráfica de esta Comisión y leí lo que dijeron los integrantes del Poder Judicial, debo decir que me impactó que alguien dijera, con los medios que tenemos, que los Jueces pueden actuar. Los Jueces no van a actuar porque se les antoje; los Jueces no actúan. A veces ni siquiera actúan a pedido de la familia. Yo soy abogada y he tenido testimonios de personas que me han venido a consultar. Voy a contar el caso de una chica que cuando empezó a consumir era adolescente y ahora tiene veintidós años. El Juez de Familia le dijo: "Bueno, mijita, tratá de poner un poquito de tu parte. Vamos a ver cómo marchás. Diez días te quedas en casita". Eso lo dijo un Juez de Familia, que ahora está al frente del área violencia doméstica, porque hay que tener en cuenta que no hay una materia especializada en el tema. Los Jueces no saben del tema, no tienen herramientas ni capacitación.

Entonces, que la representante del Instituto de Capacitación del Poder Judicial dijera eso, para mí es muy grave, porque ella tiene que saber cómo es el tema. Y lo dijo acá, en esta Comisión, ante ustedes. Además, creo que les dio una información por lo menos muy fragmentada del tema. Tenemos que poner un poquito de efervescencia en el tema sobre todo en la preparación, en la formación, en el conocimiento, en la enseñanza. Si no, nadie va a saber para dónde agarrar.

SEÑORA VILLAMIL.- Hay un hecho muy curioso con este tema. Cuando convocamos a los familiares para mantener una charla, por lo general, va algún tío o alguien cercano a la familia, pero el familiar directo no concurre. Sin embargo, cuando termina la reunión, desesperados van a buscar el teléfono para hablar. Esa es nuestra función como colectivo social: reunir las voluntades para sacar esto entre

todos y que nos pongamos el tema al hombro y lo peleemos entre todos, perdiendo la vergüenza, el miedo, porque eso hace crecer la estigmatización. Si uno permanentemente está escondiendo el problema va a seguir escondido y cada vez va a ser peor.

Nuestro sistema de tratamiento está relacionado con los plazos. Nosotros preferimos que se trabaje con un equipo técnico, pero que además los adictos se vinculen directamente a los operadores terapéuticos y no tanto a los psicólogos y psiquiatras, que tienen una estructura tan titular. ¿Por qué? Porque los operadores terapéuticos, en el 90% de los casos son adictos recuperados. Entonces, saben cómo tratarlos. Eso es fundamental, porque el adicto en sí es el ser más encantador, seductor y manipulador del planeta. Fácilmente convence de cualquier cosa, pero no a otro adicto, porque sabe cómo es el trato, los términos. Inclusive, a los padres nos sirve mucho más un operador terapéutico que un psicólogo o un psiquiatra, porque nosotros también somos manipuladores. Nosotros manipulamos la información para que el nene quede siempre bien parado. Siempre van a escuchar a una madre que diga que su hijo es divino, maravilloso, el más inteligente, el más lindo; todas las madres del planeta van a decir lo mismo. Y es verdad que los adictos además tienen un plus de seducción. Si nos dejamos atrapar por ese encanto, lo más probable es que no podamos poner el límite, y esta es una enfermedad de límites.

SEÑOR SARUTTE.- El señor Diputado Bango preguntaba acerca si los chicos querían salir de la droga. En cualquier puerta de emergencia de cualquier hospital o sanatorio del Uruguay, los fines de semana se pueden encontrar no menos de cinco o seis adictos. Nunca me he encontrado con uno que me diga que no quiere salir de eso, porque viven un infierno; es algo compulsivo, no obedece a un deseo, sino a una necesidad. Para ellos el consumir es una necesidad. A veces tenemos que entrar en sus cabecitas porque esa necesidad es impresionante y absoluta. Por eso pasan los eventos violentos que están ocurriendo últimamente, relacionados con la obtención del dinero para conseguir la droga. El individuo se encuentra en un estado tal de desesperación; la adicción lo consume de tal manera, que ya no come, no duerme, deja de tener sentimientos, se transforma en una planta, y su vida gira pura y exclusivamente en el ritual de conseguir la pasta base. Eso es lo único que le interesa. No le importa la vida. Si mañana se cruza, por ejemplo, con la señora Presidenta, pierde la escala de valores y en lo único que piensa es en obtener aunque sea una moneda de $ 10. Para él, matarla es más rápido. Entonces, ¿para qué va a perder el tiempo en pelear? La mata y le saca los $ 10. En ese momento, pierde la capacidad de discernir. Es el momento de desesperación, antes de la etapa de abstinencia.

Pero ellos quieren salir, porque viven un infierno, aunque demoran en rehabilitarse. En el Uruguay se está aprendiendo mucho; hace ocho años que tenemos el problema. El Portal Amarillo ya tiene algunos números. A nosotros no nos gustan mucho los números porque somos científicos, pero nos parece bárbaro que vayamos aprendiendo un montón de cosas. A veces cometemos el error como decía la señora Villamil, que todo lo vemos como un organismo y nos olvidamos de lo espiritual, de lo psicológico, de lo social.

¿Qué necesita el sistema? No voy a hablar de represión porque no sé; podría opinar como cualquier ciudadano, pero seguramente diría disparates, porque carezco de conocimientos necesarios para hablar de eso, pero sí voy a hablar de la parte médica y de la asistencia. Por un lado tenemos que prevenir, que siempre es lo más barato, lo mejor y lo que tiene menos consecuencias. Tenemos que prevenir con inteligencia y ver de qué forma. Podemos usar a los adictos recuperados para que cuenten su experiencia. Hicimos una jornada en la Facultad y le llevamos los chiquilines a los estudiantes de medicina para que vieran lo que era enfrentarse en la puerta de emergencia a un adicto. Tratamos de abordar el tema desde distintos puntos de vista. A veces, la gente "normal" entre comillas no se imagina lo que es vivir en contacto con ellos es como la pareja estable y qué sienten cuando se drogan. El adicto te dice: "Nunca tuve un orgasmo así". Hay que tener en cuenta que el período de acción arranca entre los siete y veinte segundos. Imagínense, que el individuo está en la primer pitada y ya está volando. Son cosas que hay que entender. La sustancia es tan distinta y el comportamiento social es tan diferente respecto de las otras drogas, que hace difícil convivir con eso. Con las otras drogas hemos convivido años, con mejores o peores experiencias, pero sin las consecuencias que tenemos ahora.

Lo primero que tenemos que hacer con los adictos es captarlos, y cuanto antes, mejor. No es fácil porque ni siquiera sabemos cuántos hay. No tienen contacto con la sociedad organizada: no van a la escuela, no van al liceo, no trabajan, viven en la calle. Se me ocurre que hay dos puntos de contacto. Uno es con la Justicia, porque tarde o temprano delinquen. Cuanto mejor es su posición económica, más tarde delinquen porque al

principio roban sólo a familiares y amigos, pero tarde o temprano dejan de abrirles la puerta. El otro punto de contacto es la salud. Vienen pasados y, como dejan de comer, pierden totalmente las defensas y caen muy fácilmente en infecciones y enfermedades, o los traen las madres. Hay que crear una puerta de entrada para los familiares. Cuanto antes captemos al individuo, el daño será menor. Como decía la señora Freda, cuanto más tiempo consumen, más irreparable es el daño. No es un efecto agudo que luego se repara. No, con el tiempo se producen daños irreversibles que hacen que el individuo se vuelva incapaz de reinsertarse en la sociedad.

Lo segundo que hay que hacer es comenzar un tratamiento. El tratamiento tiene que ser de internación; estos pacientes no pueden ser tratados de forma ambulatoria. Hay muchos tipos de tratamientos distintos, y nosotros no somos quiénes para juzgarlos. Hace tan poco que surgió la problemática, que no hemos podido hacer un seguimiento, sin hablar de que los pacientes se pierden cuando salen de los centros de rehabilitación. Entonces, no tenemos números reales. Solo sabemos que los centros son malos. Cuando uno se encuentra con un adicto de veinticuatro o veinticinco años te dice: "Yo estuve internado en El Portal, en Manantiales, en Remar, en Renacer". Y si uno le pregunta: "¿Cumpliste el tratamiento?", ellos contestan "Sí". El tipo recayó. Muchas veces, luego del tratamiento, el adicto sale supuestamente recuperado pero, en realidad, no está rehabilitado; es un adicto en abstinencia, un consumidor en abstinencia, que no es lo mismo.

Y aquí volvemos a lo mismo: es una enfermedad crónica descrita psiquiátricamente; no tiene cura por lo que hasta el día que se muera va a tener ese demonio adentro. Entonces, tiene que hacer el tratamiento, y también su familia, por dos razones. Una es que la familia está destrozada, no importa su conformación. Y otra es que la familia no es culpable de lo que le sucedió. Pero evidentemente, con un individuo predispuesto a la adicción, la familia algún error cometió y no hay que dejar que se vuelva a esa situación. No deberían entrar los reproches, sí los límites y los "hasta acá". A veces sucede que hasta los hermanos están enojados y no quieren perdonar y los adictos se vuelven egoístas y piden perdón y quieren que se los perdone al otro día.

En tercer lugar, es necesario reinsertarlos socialmente, dándoles un oficio en el que puedan trabajar. Hay que ver cómo se logra reinsertarlos. En las ultimas etapas de la rehabilitación pueden salir a trabajar, con oficios reales, verdaderos, que les permitan valerse en el mundo real. Además, los adictos deben tener contacto con personas no adictas. Si vivieran rodeados de otros adictos, hablando de sus adicciones, es como si encerráramos a violadores de menores a mirar películas porno: no vamos a tener ningún resultado. La idea es que se reinserte. Es lo que le sirve a la sociedad y lo que le sirve al adicto. Como dicen los dichos camperos, que están llenos de sabiduría: "El ocio es la madre de todos los vicios".

En cuarto término, hay que hacer un seguimiento del adicto para captarlo lo más rápido posible cuando recaiga. No conozco casos que no hayan recaído. Ojalá se logre un tratamiento en el que no haya recaídas. Esta es una enfermedad que tiene recaídas, y por eso hay que captarlo rápido para devolverlo al camino. El seguimiento tiene que ser permanente. ¿Cómo hacerlo? Ese es trabajo de ustedes. Podemos darles ideas, pero es complejo.

Por otra parte, es necesario conocer los números, las cifras de rehabilitación, los centros, saber cuál es mejor, para poder generar políticas reales. De lo contrario, nos quedamos en las hipótesis, que podrán estar bien fundamentadas, pero no dejan de ser hipótesis porque no tenemos los números que nos prueben que eso es así. Mientras tanto, seguiremos opinando. Podremos aprender mucho de cómo funciona la enfermedad y dónde afecta, pero no vamos a lograr soluciones, que es lo que esta gente desesperada está pidiendo y la sociedad necesita. Es muy fácil decir: "A mí no me va a pasar", pero nos puede pasar. Si no tenemos mentalidad de sociedad, no vamos a ningún lado. Entre todos tenemos que apoyar a las personas que están padeciendo este infierno y tomar medidas para que esto salga.

SEÑORA VILLAMIL.- A la gente que está en situación de calle nosotros hacemos muchos relevamientos, además de la adicción, se le agrega el tema del SIDA. La mayoría de los adictos se prostituyen para conseguir dinero; la mayoría en este momento tiene SIDA, y no se tratan. Por tanto, se suma otra enfermedad a la adicción. Por supuesto para ellos eso es secundario; lo primordial es el consumo, cómo conseguir la sustancia.

Otra cosa a tener en cuenta es que la familia recae mucho antes que el adicto, pero mucho antes. Hasta cuando el adicto está en tratamiento, la familia recae antes y vuelve a los comportamientos que tenía antes de detectarse la enfermedad. Eso también hay que valorarlo y tenerlo en cuenta. Por eso decimos que si no se

hace un tratamiento integral o si primero no se trata a la familia, no obtendremos resultados duraderos y difícilmente el adicto se pueda recuperar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay temas que son muy relevantes para esta Comisión, porque son lugares comunes que hemos escuchado desde que comenzamos a trabajar en esto. Yo coincido profundamente con que la contención y el sostén de las familias es clave en el trabajo con cualquier adicción, no solo con la pasta base. Obviamente, la pasta base tiene sus particularidades y nos asusta mucho por sus impactos sociales. Pero todas las demás adicciones también necesitan un sostén familiar. Estoy totalmente de acuerdo con lo que decía la señora Villamil en cuanto a que las familias recaen antes. Lo que pasa es que la familia depositó a ese enfermo y se saca de encima el problema.

Este es un eje que viene apareciendo reunión tras reunión con los distintos centros que han concurrido. Me parece un eje clave de trabajo y lo comparto ampliamente con ustedes.

Otro eje clave sobre el que tendremos que discutir a fondo es la formación de quienes trabajan o pretenden trabajar con los adictos. Yo soy fumadora; por lo tanto, sé muy bien lo que es. Soy adicta.

Hay un planteamiento que ustedes hacen, que yo ya había escuchado, en el que tal vez esta Comisión podría colaborar, y es la emergencia. Yo me he encontrado con muchachos que me han pedido ayuda para salir. Se trata de un teléfono al que puedan llamar o un lugar a donde puedan ir, que los contenga inmediatamente. Yo lo entiendo, me parece un planteamiento justo. No se puede esperar en determinadas cosas.

El tema que me preocupa, aunque ya tengo una posición tomada, es la formación. ¿Este es un tema sobre el que un Juez puede opinar?

SEÑORA FREDA.- Un Juez no puede opinar si no sabe de lo que está hablando. Por ejemplo, un Juez de Familia no puede ser mañana un Juez Penal; tiene que tener una formación.

Como en todos los temas, todo tiene que ver con todo. Lo primero es la educación; lo segundo, que la gente sepa. Uno de los principales problemas que tiene un adicto o un familiar es la negación; el otro, la confusión. La persona no sabe para dónde agarrar. El adicto niega serlo y los padres niegan que el hijo sea, en primer lugar, consumidor. Saben que algo anda mal y no se dan cuenta de que es un consumidor problemático. Además, nos ha pasado tener a nuestros hijos en tratamiento psicológico y el psicólogo nunca nos dijo que tenía un perfil adictivo. Eso nos ha pasado a mí y a otros padres. Nos tendrían que haber dicho: "Este chico tiene un perfil adictivo. Tienen que cuidar esto y esto". Si los psicólogos, en quienes uno deposita la confianza para que traten a un paciente, no le trasmiten eso a la familia, ¿cómo podemos pensar que después la familia puede hacerse cargo de un hijo que sale después de un mes de internación, le dan tres o cuatro pautas y "cualquier cosa nos llamás"?

Lo que necesitan los Jueces es tener formación. Deben tener un equipo técnico. Cuando nosotros presentamos aquel proyecto, lo planteamos. Tiene que haber un equipo bastante importante que cubra todo el país. Esos equipos técnicos, de apoyo al Juez, son los que tienen que trabajar el tema. Los Jueces sí deben tener la herramienta para disponer la internación de un adulto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ya lo pueden hacer mediante la ley del psicópata.

SEÑORA FREDA.- Pero el adicto no es un psicópata. ¿A ese adicto dónde se lo interna? Si el Juez es tan importante para que esto se solucione debe contar con los medios, los lugares, los apoyos necesarios y, sobre todo, la mente clara en cuanto a que lo que va a disponer no va a ser más grave. A veces es peor el remedio que la enfermedad.

Hay que disponer de una herramienta que tiene que estar sostenida, apoyada, reforzada, por todo lo que estoy diciendo. Es de sentido común. Por ejemplo, no puede ser que la familia de un diabético para obtener la medicación adecuada tenga que ir a un Juez para que se la dé. Se la dan en forma automática. Además, el teléfono no es efectivo, porque anotan a la persona y ya está.

Lo que puede hacer el Portal Amarillo es importante, pero si solo hay veinte camas, ¿qué van a hacer?

SEÑORA VILLAMIL.- Además, el Portal Amarillo es un centro de derivación que no tiene a dónde derivar. Entonces, no tiene mucha lógica. Al Portal se le está tratando de dar una importancia que no tiene. Es un centro de derivación.

Volviendo a la internación compulsiva palabra que nos hace temblar, esa herramienta existe. No es suficiente lo que hay. Si un familiar tiene todas las herramientas para ir ante un Juez y decirle que lo tiene que internar, de repente puede lograrlo, pero lo interna en un psiquiátrico el enfermo no lo es y además no es tan fácil acceder a eso. El Juez lo rechaza, porque no tiene a dónde mandar a la persona. Ese es el gran problema. Siempre dije que no nos gusta el término "compulsiva", sino "necesaria". Debería hablarse de internación necesaria.

Hay familias que no saben qué hacer con el gurí y podrían recurrir a una herramienta legal para que lo derive judicialmente. El Juez debe amparar a la familia y darse cuenta de que no se está sacando de encima al hijo, sino que se está ocupando realmente de él para que reciba un tratamiento adecuado. Eso sería lo ideal, pero para eso tiene que haber lugares donde derivarlos.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Y si los lugares existieran, eso no lo podría resolver Salud Pública?

SEÑORA VILLAMIL.- Salud Pública lo primero que tiene que hacer es tomar esto como una enfermedad. No necesitamos todo esto si se asume como una enfermedad. Un enfermo adicto a la pasta base, al igual que un diabético, debe poder ir a una emergencia, se le hace el tratamiento y no se le ponen plazos. Lo que pasa es que esta enfermedad tiene un componente legal importante porque los adictos a la pasta base delinquen. Muchísimos gurises van a Juez por la delincuencia, no por la enfermedad en sí. Ahí está el hilo delgado entre una cosa y la otra. Se recurre al Juez porque el gurí delinquió y lo que le pide la familia al Juez es que no lo mande preso porque delinquió por la enfermedad, sino a un centro de recuperación. No es por la enfermedad que va al Juez, es por el delito. Son cosas distintas. En realidad va por eso; ninguno va a decirle al Juez: "Tengo un hijo adicto para que me interne".

SEÑOR SEMPRONI.- Con esto último se introduce otro tema que también habrá que analizar.

En primer lugar, adhiero al agradecimiento por la presencia de la delegación.

En segundo término, creo que es necesario dejar constancia de lo importante que ha sido el aprendizaje en todo este proceso que en alguna medida ha hecho que la posición haya evolucionado. Es una realidad constatada y un aprendizaje que estamos haciendo todos.

En tercer lugar, han dicho fundamentalmente el doctor Sarutte que diseñaron un plan de trabajo para tener en cuenta ante la eventualidad de caminos a transitar posteriormente si es necesario legislar y yo entiendo que es necesario.

Tengo dos preguntas para formular, muy ligadas a lo último que se puso sobre la mesa. Cuál es la opinión que tienen sobre las dificultades que han encontrado, vivido o percibido tanto desde el ámbito familiar que reclama asistencia ante una situación de adicción como del adicto. Quisiera saber las respuestas de los centros asistenciales y de las propias Comisarías, porque desde ya digo que aquello que tiene que ver con el reclamo del familiar a la Policía por el robo que hizo, la pregunta que normalmente hace es: "¿Vive con usted? Ah, si vive con usted no podemos hacer nada". Eso es absolutamente falso porque es un delito previsto y se puede combatir desde la ley de violencia doméstica. Pero ahí hay que instruir, por eso les pido que nos cuenten las experiencias sobre esos dos puntos cuando requirieron asistencia.

SEÑORA VILLAMIL.- Las cuestiones que se están planteando son totalmente diferentes. Una, es la del área de la salud y atención y, la otra, corresponde a la represión y a lo delictivo, que seguimos confundiendo y creo que ahí es donde está el nudo, el gran problema. Como esta enfermedad además trae problemas de delincuencia que se emparentan mucho con lo judicial, se tiende a mezclar todo, pero son cosas absolutamente diferentes.

En cuanto al tratamiento, el doctor Sarutte lo explicó perfectamente y respecto a lo legal, recibimos asesoramiento. Son cosas diferentes. Si uno va a una emergencia, la adicción no se trata allí. Tenemos anécdotas muy graciosas de las emergencias; si ustedes se enteraran de las cosas que ocurren en las emergencias saldrían corriendo.

SEÑORA FREDA.- Y hay otras muy trágicas.

SEÑORA VILLAMIL.- Tragicómicas, todas.

Al margen de este chico que murió en la emergencia del Hospital Maciel por falta de atención, había un chico en esa emergencia generalmente es adonde primero se recurre y no lo atendían, entonces la mamá metió escándalo y lo hicieron. Lo pasaron para un box y ahí lo dejaron. A veces acompañamos a los padres cuando los chicos están muy mal en las emergencias, y en ese caso no lo atendían. La mamá estaba desesperada; en los momentos de desesperación tengo mucho humor que suele salvarme. Entonces, me acerco y le pregunto: "¿Querés que te atiendan ya?". Y me dice: "Sí, por favor". Le dije: "Sacate los championes". Se los sacó y como el olor era tan impresionante lo atendieron de inmediato para sacárselo de encima. Le pusieron una pastilla sublingual, lo metieron adentro de una habitación, lo manguerearon, el tipo quedó durmiendo dos horas y cuando se levantó le dieron el alta. Esa es la atención que se le da al adicto en una emergencia, ni más ni menos. Entonces, cuando nos dan toda esa lista interminable de lugares a los que se puede recurrir, no es verdad. No se puede recurrir a ninguno de esos lugares. Les pido que hagan la prueba como ejercicio, poniéndose en el lugar de un familiar cualquiera diciendo: "¡Estoy desesperado, no puedo más!". Les van a contestar: "Llame el lunes a las 9 de la mañana y pida hora". Es así.

SEÑORA FREDA.- En general hay un contestador.

SEÑORA VILLAMIL.- Exacto. Eso respecto a la salud, que estamos en pañales.

En cuanto a la Policía voy a contar otra anécdota muy linda. Un chico había robado de una pensión una heladera, el dueño hizo la denuncia, llamaron a los padres para que se hicieran cargo del robo, pero los padres dijeron que el chico no había robado. Fueron a la Comisaría donde estaba el tema en cuestión. En el medio el chico se comunica con la familia y les dijo: que no me jodan con el tema de las denuncias porque cuando me vieron pasar con la heladera me dijeron: cuando consigas un DVD avisá. No se necesita teorizar demasiado y hacer una gran exposición, con los ejemplos que vivimos a diario es un termómetro recontra válido para la situación que estamos viviendo. Si uno hace la denuncia en la Comisaría, no todos, pero los que sí están en ese negocio, se enteran inmediatamente de cuál es la denuncia, van y cobran en la boca por decir. Nosotros hicimos muchísimas denuncias de policías que estaban metidos en la cosa. Antes tenía un celular que no tenía cámara ahora me modernicé, pero que atrás tenía un sellito verde que parecía una cámara. El policía tiene la obligación de brindar todos los datos al civil. Cuando yo veía a uno parado en una boca corría un riesgo impresionante, pero nunca me pasó nada ni me amenazaron le pedía que me diera su nombre. Yo le decía: "Tú sos un oficial y yo una civil, me tenés que dar tu nombre, yo te doy el mío y mi documento". Y después le decía: "Te voy a sacar una foto", lamentablemente no tenía y hacía como que le sacaba una foto. ¡Estaba cuidando una boca hacía horas para que no la cerraran! Esas son las cosas que están pasando ahora. El 0800, si no va con una denuncia firmada el Juez ni siquiera la lee. Por lo tanto, es simplemente un termómetro de cuántas denuncias hay. Nada más. Si uno va a la Comisaría sabe que esa denuncia jamás va a llegar al Juez, porque en el medio siempre alguien la va a agarrar. Son temas que no tienen nada que ver uno con el otro: uno es el judicial y el otro es el de seguridad; el otro tema se mete en el medio, porque el enfermo es el que delinque. Ahí es que se entreveran los tantos, pero nosotros tenemos la obligación de separarlos.

(Diálogos)

SEÑORA PRESIDENTA.- Tengo mis dudas acerca de que judicializar una enfermedad nos aporte algo.

SEÑORA FREDA.- Es una herramienta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Sí, pero tengo mis dudas al respecto.

SEÑORA MARIZCURRENA.- En primer lugar quiero agradecerles vuestra presencia aquí y también el trabajo que hacen. Soy madre de adolescentes y para mí es importante saber que hay alguien que está cumpliendo con esta tarea.

Mi pregunta va dirigida a la prevención. Se ha hablado de la familia y de errores que se cometen; siempre cometemos errores. ¿Qué sugerirían en cuanto al momento en que deberíamos educar a la familia, a cómo llegarle, etcétera, a fin de tratar de que no se incurra en estos errores? ¿Se puede pensar en cursos, talleres, etcétera? ¿Tienen algún planteamiento en ese sentido, algún proyecto, alguna idea?

SEÑORA VILLAMIL.- Nosotros trabajamos mucho con la palabra no; decimos que el límite no es para el adicto sino para la familia, que debe tener claro con qué quiere convivir y con qué no. En ese punto tenemos el gran problema cuando trabajamos con el adicto.

Cuando la madre dice que su hijo tiene consumo problemático es porque antes no hubo varios no. Es mucho más cómodo y más simpático decir sí; nos hace ver recontrapiolas. Por eso estamos tratando de volver a algunas cosas que se han perdido. Por ejemplo, ahora se habla de ser amigos de los hijos, pero los hijos pueden elegir a sus amigos, no a nosotros. Hay que volver a cumplir las funciones y roles que nos corresponden. Sobre todo hay que hacer el ejercicio de los roles, lo que le cuesta mucho a la gente de nuestra generación. Nuestra generación es terrible en ese sentido; no sabemos decir que no, no tenemos los límites claros. A mí me costó muchísimo y creo que a todos nos cuesta. Entonces, el ejercicio que hay que hacer es trabajar desde ahí, pero es complicado.

Al que tiene un hijo que todavía es chico le decimos en broma que le diga que no, aunque más no sea para ejercitarse. Pero repito que el ejercicio no es para el niño, es para uno. Parece muy simple pero da mucho trabajo.

SEÑOR SARUTTE.- Con esos ejercicios se ensayan dos cosas: límites y la capacidad de aceptar la frustración. Si el niño dice: "Quiero tal cosa" y nosotros le contestamos: "No podés tenerlo", aprende que hay cosas que no se pueden tener.

SEÑORA FREDA.- Hay algo que no podemos perder de vista: una cosa es ser padres hoy y otra era serlo hace veinte, treinta o cuarenta años. ¡Y lo que va a ser mañana! Cuando seamos abuelos lo veremos.

Mientras estamos educando a nuestros hijos y queremos poner pautas, limitar el consumo, enseñarles a desear las cosas y a que no todo se consigue fácilmente, etcétera, desde la computadora, la televisión, el cine e, inclusive, desde la propaganda que hay en la calle ellos reciben un sinfín de ofertas, descuentos, marcas y demás. Es muy difícil contrarrestar todo eso. Nosotros nos transformamos en unos perversos que les decimos que no. Y no se trata de que debamos dejar de decirles que no, pero tampoco queremos ser enemigos de nuestros hijos. Comparto lo que dice Rocío: los amigos son los que ellos eligen; nosotros somos los padres. Pero repito que tampoco queremos ser enemigos de nuestros hijos. La cuestión es que debemos enfrentarnos a una cantidad de contravalores que ellos reciben con mucha más facilidad que aquello que nosotros podemos brindarles. Entonces, ¿cómo hacemos?

A esa familia hay que apoyarla desde la enseñanza y desde la medicina. Quizás los médicos deberían tomarse diez o quince minutos de la consulta para preguntar a la mamá cómo se maneja con tal o cual cosa. Ellos tienen las pautas, nosotros no; creo que ni siquiera los padres que son médicos las tienen.

SEÑORA VILLAMIL.- Con nosotros hay unos cuantos papás que son médicos, cuyos hijos están en adicción.

SEÑORA FREDA.- De todos modos, creo que debería haber una formación. De la misma manera que nos dicen cómo debemos alimentarlos, qué es lo conveniente en materia de calzado, etcétera, se podrían ir encaminando algunas cosas.

Hay algo que no dijimos: las familias buscan ayuda y, a veces, esas ayudas son gratuitas. Tenemos a NAR ANON y a AL ANON, además de otras organizaciones, ¡pero cómo les cuesta ir! No se promociona y pienso que eso ocurre porque detrás hay una intención oculta para impedirlo, porque es una manera de frenar una cantidad de cosas.

SEÑORA VILLAMIL.- Nosotros podemos dar como testimonio que NAR ANON y N.A. han tratado de entrar a la enseñanza a dar testimonio, pero no se les ha permitido; sí entran otras organizaciones, con otro discurso.

SEÑORA MARIZCURRENA.- La pregunta esta más dirigida al momento en que el Estado debería instrumentar algo como para educar a ese individuo que será padre, porque después es tarde. ¿Se puede hablar de talleres, de escuelas, etcétera? ¿Tienen alguna sugerencia en ese sentido?

(Diálogos)

SEÑOR FERRARO.- Hay escuelas para padres; creo que el Diputado Iturralde Viñas también las conoce.

SEÑOR ITURRALDE VIÑAS.- Sí, hay muchos colegios que las tienen; lo que no hay es una respuesta a través de lo público.

Me gusta mucho el enfoque que le da este grupo a todo este tema. Cuando presentamos un proyecto de ley basados en un trabajo que ellos habían hecho la aspiración era que se tratara rápido, pero por distintos motivos eso se ha demorado; ojalá podamos tener un mejor final cuando termine la actuación de esta Comisión, que no tiene competencias para legislar.

Me parece que lo más importante que tiene este grupo y lo que yo más valoro es que el enfoque está muy apoyado en lo técnico pero también tiene una veta humana que es el aporte que a mí más me llega.

Creo que algunas de las cosas que tenemos que resolver porque nos sacuden a todos tienen que ver con el nihilismo de la posmodernidad, con un existencialismo frustrado, con la falta de límites y con muchísimos otros elementos que hay en las sociedades modernas y frente a los cuales los padres no tenemos respuestas. Todo esto nos lleva a considerar una globalidad de temas tal que no sabemos por dónde abordarla.

Me da la impresión de que si hay algo que en esta Comisión se ha hecho bien ha sido tratar de no enfocar las cosas criticando lo que se hace, sino intentando escuchar qué podemos hacer. Hemos escuchado todas las opiniones y pusimos nuestro énfasis en tratar de ver por dónde enfocamos el tema más que criticar lo pasado. Si criticamos lo que pasó, podremos sacar algún rédito político, pero eso más que política es politiquería. Podemos construir mucho más si pensamos cómo trabajamos juntos.

Me parece que algunas de las preguntas merecerían ser objeto de reflexión en esta Comisión, sobre todo porque vemos que uno de los problemas grandes que tiene la temática abordada es que vivimos pensando cómo la abordamos: si es como una enfermedad o como una patología. Sabemos que no hay respuesta. Tratamos de pensarlo desde la Salud Pública, desde los Jueces y hacemos foco en discutir si es compulsivo o no, si está bien o mal y si ataca las libertades individuales o no. En realidad, nosotros no planteamos un problema filosófico sino mucho más concreto. Si hay un muchacho que está siendo objeto de una adicción fuerte y no quiere ser tratado, ¿qué hacemos? ¿Tiene que participar un Juez? ¿Deben encargarse los padres? ¿Qué pasa si ya es mayor? ¿En base a qué tiene que dictaminar el Juez? Estas son las preguntas concretas que debemos resolver en la práctica.

Por lo que he visto, más o menos todo el mundo es consciente de que debemos tener centros especiales para la rehabilitación con enfoques multidisciplinarios, en el ámbito público con participación de la sociedad civil. Pero, ¿cuál es el momento preciso para hacer la prevención? ¿Cómo hacemos para trabajar en la prevención? Esto es algo que debería comenzar en la escuela y hablar de estas cosas con nuestros niños para que cuando sean padres puedan aplicar los límites.

Por lo tanto, me gustaría saber qué hacemos con el muchacho adicto que no quiere tratarse.

SEÑORA VILLAMIL.- La solución siempre va a pasar por el sistema sanitario. Si es considerada una enfermedad, sea mayor o menor, debe procederse como cualquier enfermedad con situación de riesgo: se interna a la persona y se la trata. En ese momento se lo trata porque no está con sus plenas facultades para poder discernir. Deberíamos contar con una herramienta legal para que ese individuo mayor de edad no nos diga que pasamos por encima de sus derechos. De nada sirve decirle que lo vamos a internar si no tenemos dónde.

SEÑOR BAYARDI.- Yo creo que estamos hablando de una enfermedad.

Si un mayor llega a la puerta de una unidad asistencial cualquiera en estado de no dominio de sus acciones por algo que puede ser catalogado como una psicosis aguda, puede ser internado compulsivamente con la indicación de dos psiquiatras: el que lo vio y otro que lo ratifique. Pero siempre estamos en el límite de que nos estamos apropiando de la libertad ambulatoria. Y este paciente no está en condiciones de irse de alta contra voluntad médica. Si viene otra persona que hay que ingresar por diabetes y su estado de conciencia le permite opinar, va a decir que se quiere ir para su casa.

En este caso, estamos hablando de un adulto que durante el cuadro agudo no tiene dominio de su raciocinio y puede ser ingresado compulsivamente. ¿Cuál es el problema? A dónde se lo manda.

SEÑORA FREDA.- Por eso digo que no tenemos una herramienta adecuada.

Si hay una medida en relación al psicópata, ¿por qué la misma medida no se puede plasmar a través de un texto legal para este tipo de patologías diferentes? Si yo meto a un adicto en un manicomio, no lo voy a rehabilitar nunca y ni siquiera puedo desintoxicarlo. Sucede que la norma existe para otra patología; esto es algo que se nos vino encima.

Cuando nos reunimos para tratar de armar un proyecto de ley, llegamos a la conclusión de que con las normas que existen introduciendo algunas modificaciones, con la ley de estupefacientes vigente, puede lograrse un diagnóstico.

Hay que dar la herramienta adecuada al Juez para que, apoyado por un equipo de médicos, de terapeutas y de Operadores Terapéuticos, pueda suplir la voluntad del individuo que es un adulto y que no es incapaz y disponer su internación en un lugar adecuado.

Es duro lo que voy a decir, pero en ese momento hay una violación de los derechos humanos. La única salida que le queda a una madre en la que el hijo le desbarató la casa es sacarlo para la calle. ¿En qué otra enfermedad la única solución es sacarlo a la calle? Entonces, hay una violación de la Constitución.

SEÑORA PRESIDENTA.- En varios casos de locura se hace lo mismo.

SEÑORA FREDA.- Se hace eso porque es muy difícil convivir con un enfermo psiquiátrico. Hay una historia que se relata en un libro en el que la madre mata al hijo. En esa anécdota uno se da cuenta de lo que pasó ese muchacho y de lo que vivieron sus padres. ¿Vamos a esperar que las familias tengan como única opción este camino?

Es evidente que necesitamos un instrumento legal, pero no va a ser la solución si el sistema sanitario no lo respalda. Necesitamos dar a los Jueces una herramienta; por algo hay que empezar. Eso es lo que yo digo.

SEÑOR SARUTTE.- Hay muchas herramientas que sí tenemos y podemos usar.

Por ejemplo, un individuo que llega en una fase psicótica evidente y no es capaz, perfectamente los psiquiatras pueden decidir su internación. A veces los internan en lugares que no corresponden, como sucede en el interior, donde no hay centros de salud mental y los mandan a distintos hospitales. Si meten a un adicto ahí es como meter a un lobo dentro de un gallinero. Si bien la drogadicción es una patología psiquiátrica, no la podemos categorizar totalmente así porque requiere un abordaje más multidisciplinario que cualquier otra enfermedad de la mente.

La ley de estupefacientes permite al Juez aplicar medidas terapéuticas. Los lugares donde casi siempre podemos tratar a los adictos cuando están pasados es en la puerta del hospital. Ya tenemos esa herramienta. Cuando esa persona comete un delito, el Juez puede aplicarle medidas terapéuticas. Por lo tanto, tenemos dos herramientas valiosísimas que no estamos usando. ¿Por qué? Porque no tenemos dónde derivarlos. No alcanzan los lugares para eso. ¿Qué podemos hacer?

En mi opinión, creo que hay que usar la experiencia de muchos centros uruguayos e internacionales, de las ONG que trabajan sin fines de lucro, para ver qué convenios se pueden hacer o evaluar la creación de una red nacional. Sabemos que se está en vías de eso, pero igualmente hay que fortalecer esta parte.

Lo que se dijo acerca de qué hacemos los médicos cuando llegan a la emergencia es cierto. A veces, cuando llega un adicto que está pasado que es una persona que tiene una enfermedad, pero no una patología orgánica que ponga en peligro su vida de inmediato, que se pone a gritar y se descontrola, si estamos tratando de salvar a un paciente grave que tiene una hemorragia aguda o un infarto, no lo podemos atender como corresponde.

SEÑOR BANGO.- Luego de la muy rica exposición que nos han hecho que ha pasado por todas las dimensiones de las adicciones, por el consumo abusivo de pasta base, que era lo que les preocupaba inicialmente, y en función de lo que planteó el doctor Sarutte, debería concluir que hoy en el Uruguay tenemos problemas con las personas que consumen pasta base, sobre todo con los mayores de edad luego tendremos que leer la versión taquigráfica y estudiar todo lo que se ha dicho, pero aun en medio de esas dificultades para su captación, en las puertas de las emergencias se las recibe cuando vienen con una crisis o cuando han cometido una infracción penal debido a su situación de consumo. Por lo tanto, existen todavía mecanismos por los cuales se podría captar a esas personas. Y, en definitiva, el centro de lo que ustedes visualizan como prioridad pasa por contar con dispositivos de atención en materia de salud para tratar esta problemática.

¿Esas son las conclusiones a las que podría arribar de acuerdo con lo que ustedes han planteado?

SEÑORA VILLAMIL.- Exactamente.

SEÑORA PRESIDENTA.- Diría más: tenemos programas en el MIDES, que han salido a calle a conectarse con determinadas poblaciones, con gente que vive en la calle, que pueden colaborar como enganche.

SEÑOR BANGO.- Quiero decir que las personas que están en situación de calle en el área metropolitana que es donde vive el 67% de la población del Uruguay están contadas por el Estado, tanto las mayores como las menores de edad. Asumiendo que el ciento por ciento de las personas que no lo es en situación de calle consumieran pasta base, bueno, tenemos el número. O sea que siempre va a ser para abajo.

Por otra parte, quiero señalar que la Intendencia Municipal de Montevideo desde hace por lo menos quince años tiene un programa denominado "Padres e hijos" esto está relacionado con la pregunta que formuló la señora Diputada Marizcurrena, por el que se trabaja con los padres de niños y niñas que tienen de cero a cinco años, que ni siquiera han ingresado a la escuela. Precisamente, este programa se crea a partir de una experiencia desarrollada en Chile hace más de veinte años, que fue apoyada por UNICEF. Este programa no solo hace hincapié en los aspectos de crianza relativos a la alimentación, la socialización, etcétera, sino que particularmente hay un bloque que trabaja la cuestión de los límites, la tolerancia a la frustración, como decía el doctor. Hay algunas experiencias en el país que tendríamos que analizar, además de las aludidas por los colegas.

La otra conclusión que saco de todo esto es que por más que atendamos el foco del problema de la persona que está sometida a esa brutal adición en un momento determinado, seguramente va a recaer. La recaída es parte de un proceso de evolución que ojalá sea positiva y las familias también deben ser atendidas, porque si no el problema de esa persona no se va a resolver.

SEÑORA VILLAMIL.- Se están planteando cosas muy distintas.

Pueden existir todas las articulaciones habidas y por haber en las puertas de las emergencias, pero nosotros seguimos sosteniendo que no hay gente capacitada para tratar esta enfermedad. Puede haber mucha voluntad, pero no hay gente capacitada para atender.

Con respecto a la formación de padres, vamos a ser una diferenciación. Es muy difícil que un papá que tiene un hijo adicto en situación de riesgo vaya a una escuela para padres a aprender.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tal vez para prevención.

SEÑORA VILLAMIL.- En lo que refiere a prevención, son muy pocos los que van. No hay que obligarlos. En definitiva, si uno se pone a pensar seriamente, esa clase la dan otros padres. Cada uno hace lo que puede desde el amor, pero nos vamos a otro tema que no es el que estábamos analizando.

Nosotros insistimos en tener gente especializada, centros de atención y, a partir de ahí, se puede conversar sobre el proyecto de ley, sobre la internación compulsiva y todo lo demás. Se puede conversar a partir de que existan lugares donde poner a la mamá que llega desesperada pidiendo: "Sáquenmelo de encima" y hay que tratar de entenderla: "Sí, señora; se lo vamos a sacar de encima y después vamos a trabajar para ver cómo se inserta nuevamente", y al gurí que está diciendo: "Quiero que me internen ya".

Saber la cantidad de gente en situación de calle no soluciona nada. Si no tenemos respuesta para ella, lo que tenemos es una cifra. Además el 85% de los que están en situación de calle es por adicción a la pasta base; el resto, es gente adulta que está viviendo en esas condiciones desde hace muchos años por problemas de alcohol.

SEÑOR BANGO.- También hay personas mayores de edad y psicópatas, que son los grandes olvidados.

SEÑORA VILLAMIL.- Es verdad, y están conviviendo con todos nosotros en situación de calle. Para nosotros, ahí está el riesgo, no en el gurí que recién empieza y tiene alguna herramientita, que la puede pelear, aunque tampoco tiene adónde recurrir, pero por lo menos tiene más tiempo. Nosotros, en este momento estamos focalizando en la situación de riesgo, no solamente para el adicto, sino también para la población.

SEÑORA PRESIDENTA.- Queremos agradecerles todos los elementos que han vertido y las inquietudes que han generado. Creo que si las reuniones cierran con todas las soluciones, significa que no hemos hecho nada; en cambio, si nos vamos con la cabeza llena de preguntas, podemos avanzar.

No creemos al menos esa es mi opinión que problemas tan complejos puedan ser solucionados por un solo Poder. Si queremos encontrar una salida, tendremos que involucrar a todos los Poderes del Estado y a la sociedad en su conjunto, que estigmatiza y hace todo lo que ya sabemos. De todos modos, no porque sea complejo hay que rehuir la responsabilidad, por más difícil que sea.

Ha sido un gusto conversar con ustedes. Nos queda un montón de inquietudes y, a medida que vayamos avanzando, se lo iremos comunicando, pero también les contaremos de nuestros fracasos.

SEÑORA FREDA.- Agradecemos a la Comisión y estamos siempre a las órdenes para trabajar en conjunto, para aportar desde donde podamos. Traten de revisar nuevamente el proyecto que nosotros les dimos a todos para por lo menos ensayar una cosa diferente y permitir a la sociedad civil que se arriesgue a proponer cosas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la reunión.